

“Investigación acerca del conocimiento y las recomendaciones de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su incidencia en mujeres en etapa de amamantamiento”



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

“Investigación acerca del conocimiento y las recomendaciones de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su incidencia en mujeres en etapa de amamantamiento”.

Tutores: Lic. Paola Montiano

Tesista: María Luciana Juliá

Título a obtener: Licenciada en Nutrición

Julio, 2017

TÍTULO

“Investigación acerca del conocimiento y las recomendaciones de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su incidencia en mujeres en etapa de amamantamiento”

RESUMEN

Objetivo general: el presente trabajo se realizó en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, durante los meses de enero y abril del año 2017, en dos instituciones, una pública, la Maternidad Martin, y otra privada, el Sanatorio de la Mujer; con el fin de poder realizar un análisis comparativo en distintos niveles socioculturales. El objetivo general de la investigación es determinar si las mujeres lactantes cumplen con las recomendaciones de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Método: se realizó una encuesta formada por 14 preguntas de carácter cuali-cuantitativo, a un total de 60 madres en etapa de lactancia materna; 30 concurrentes al sanatorio de la mujer y las otras 30 a la maternidad. El abordaje metodológico es de tipo observacional, descriptivo de carácter cuali-cuantitativo, y de corte transversal.

El instrumento se aplicó durante dos semanas del mes de enero, del año 2017, en la maternidad, eligiendo 2 días alternativos semanalmente tomados al azar, y concurriendo en distintos horarios. Y en el Sanatorio de la Mujer las encuestas se realizaron durante el mes de abril del 2017, concurriendo de la misma manera, es decir, por 2 semanas, 2 días al azar y en distintos horarios, para evitar sesgos de selección de días sobre la población seleccionada.

Hipótesis: “La falta de conocimiento adecuado en las madres lactantes de distintos niveles socioculturales da como consecuencia una baja incidencia del cumplimiento de las recomendaciones de la lactancia materna de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad”

Resultados

Haciendo hincapié en los mayores porcentajes tenemos los siguientes resultados: el 56.70% de las mujeres encuestadas de la maternidad, refieren entender por lactancia materna exclusiva, “brindar al bebé pecho materno, papillas, agua e infusiones desde su nacimiento hasta los 2 años de edad”; a diferencia del sanatorio en donde el 53.33% de las encuestadas entienden por lactancia materna exclusiva “brindar al bebé únicamente pecho materno a libre demanda, es decir, cada vez que el bebé lo necesite, con excepción de medicinas, vitaminas o gotas de minerales; desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad, continuando con la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.”

La mayoría de las madres encuestadas dan el pecho materno o lo han dado; dentro de este porcentaje el 47.82% de las mamás de la institución pública, y el 62.96% de la institución privada, consideran brindar o han brindado lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. El porcentaje restante, es decir más del 50% de las mujeres de la maternidad, lo considera sólo hasta los 4, 3 o 2 meses de edad del bebé, y en el Sanatorio un 25.93% hasta los 4 meses de edad, y el 11% restante hasta los 2 meses de edad.

Con respecto a los conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para ellas mismas, más del 50% de ambas instituciones consideran que contienen suficiente información al respecto, más al indagar sobre los beneficios, queda en evidencia el escaso conocimiento que poseen, sobre todo las mamás de la maternidad.

Por lo cual más del 50% de las mujeres de la maternidad dejan en evidencia la falta de incidencia de la LME hasta los 6 meses de edad afirmando la hipótesis planteada en este sector sociocultural.

AGRADECIMIENTOS

Después del difícil camino de trabajar, estudiar y vivir sola, quiero agradecer a mis padres por su apoyo incondicional y por las fuerzas que me han dado cuando no las tenía.

A mi pareja Javier, por su compañerismo en cada uno de mis objetivos, por su ayuda en esta etapa de mi vida.

A la profesora Paola Montiano, por aceptar ser tutora de mi tesis, por su tiempo y dedicación.

A los profesores Mario Groberman y Raúl Lemos, por guiarme en los primeros pasos de este trabajo final, y por brindarme los contactos necesarios para poder realizar el trabajo de campo.

A todas esas personas que han hecho posible finalizar este trayecto.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| TÍTULO | 1 |
| RESUMEN | 2 |
| AGRADECIMIENTOS | 4 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 10 |
| 2.1 <i>Clasificación de la lactancia materna según OMS-UNICEF</i> _____ | 10 |
| 2.1.2 <i>Declaración sobre lactancia materna- OMS/UNICEF- 1979</i> | 11 |
| 2.3 <i>Ventajas de la lactancia materna</i> _____ | 11 |
| 2.3.1 <i>Ventajas para el niño</i> | 11 |
| 2.3.2 <i>Ventajas para la madre</i> | 12 |
| 2.4 <i>Secreción láctea</i> _____ | 13 |
| 2.4.1 <i>Tipos de secreción láctea</i> | 14 |
| 2.4.2 <i>Substancias no nutritivas de la leche humana</i> | 19 |
| 2.4.3 <i>Aspectos inmunológicos de la leche humana</i> | 20 |
| 2.5 <i>Tendencias de la lactancia materna</i> _____ | 22 |
| 2.6 <i>Influencias económicas y sociales de la lactancia materna</i> _____ | 23 |
| 2.7 <i>Lactancia materna y cáncer de mamas</i> _____ | 24 |
| 2.8 <i>Lactancia materna y prevención de enfermedades no transmisibles</i> _____ | 25 |
| 2.9 <i>Lactancia materna y lenguaje</i> _____ | 27 |
| 2.10 <i>La lucha por la lactancia</i> _____ | 28 |
| 2.10.1 <i>“Declaración de Innocenti”</i> | 30 |
| 2.10.2 <i>Situación en nuestro país</i> | 31 |
| 2.10.3 <i>Promoción de la lactancia materna</i> | 32 |

| | |
|---|-----------|
| 2.10.4. Hospitales amigos de la madre y el niño..... | 33 |
| 2.11 Consejos básicos sobre la lactancia _____ | 34 |
| 2.12 Beneficios psicológicos de la lactancia materna _____ | 35 |
| 2.13 Reducción de la mortalidad en la niñez y lactancia materna _____ | 36 |
| 2.14 “No tengo suficiente leche” _____ | 38 |
| 2.15 La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias _____ | 39 |
| 2.15.1 Peligros de la alimentación artificial..... | 42 |
| 3. ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 43 |
| 3.1 Área de estudio..... | 43 |
| 3.2 Tipo de estudio..... | 43 |
| 3.3 Población objetivo _____ | 44 |
| 3.3.1 Universo..... | 44 |
| 3.3.2 Muestra..... | 44 |
| 3.3.3 Criterios de inclusión..... | 45 |
| 3.4 Técnicas de recolección de datos _____ | 45 |
| 3.4.1 Instrumentos y procedimientos..... | 45 |
| 3.4.2 Procesamiento de los datos..... | 46 |
| 4. RESULTADOS..... | 47 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 71 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA..... | 74 |
| 7. ANEXOS..... | 77 |

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realizará con el propósito de conocer la incidencia de la lactancia materna exclusiva en una muestra de mujeres lactantes entre 20 a 30 años de edad, en el ámbito público y privado en la actualidad.

Numerosos organismos internacionales y sociedades científicas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Americana de Pediatría (AAP), y la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), reconocen que la leche de mujer es el mejor alimento y la mejor fuente de nutrición para los lactantes, especialmente durante los 4-6 primeros meses de vida.¹

La lactancia materna exclusiva (LME) es recomendada en los primeros seis meses de vida, debido a que la leche materna es el único y mejor alimento para el infante en ese período, puesto que proporciona todos los nutrientes que necesita para su crecimiento y desarrollo en esta etapa, además de ser apta para las características de inmadurez funcional de su aparato digestivo, renal y de su sistema inmunológico. Contiene proteínas tales como inmunoglobulina A, Lactoferrina y Lisozimas, que favorecen el sistema inmune al disminuir el riesgo de infecciones en el lactante; además tiene la ventaja de espaciar los nacimientos, reducir el peso corporal y prevenir el cáncer de mama y ovarios en la madre. Sin olvidar el fuerte vínculo afectivo que representa tanto para el bebé como para la madre el pecho materno.

En los lugares de escasos recursos, donde habitualmente existen condiciones inadecuadas de salubridad y agua potable, la lactancia materna puede salvar la vida de los recién nacidos.

¹ Sociedad Española de Pediatría. *Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. Alimentación del lactante Sano*. Madrid: Ergon.2007. p.44.

Para lograr el sostenimiento de la lactancia materna, sorteando los diferentes obstáculos que pudieran presentarse a lo largo de los primeros años de vida del niño, la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud desarrolla estrategias para la promoción de la correcta alimentación de los niños. En tal sentido se ha trabajado en la promoción de Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño, en la capacitación en consejerías en LM y en alimentación del niño; en la capacitación a los profesionales de salud en materia de alimentación infantil; y en la educación alimentaria en la población en general. Todas estas actividades contribuyen a aumentar el conocimiento entre los profesionales de salud y en el público general sobre la importancia de la LME.

Nuestro país tiene hoy una elevada prevalencia de lactancia al sexto mes de vida de los niños ya que más del 70% continúan siendo amamantados, pero la dificultad se observa en la incorporación precoz de otros alimentos y líquidos que hacen que en ese mismo sexto mes el porcentaje de lactancia materna exclusiva sea menor al 4%.²

Sin embargo, realmente la falta de conocimiento adecuado puede ser un factor causante de la baja incidencia de la LME hasta los 6 meses de edad, por lo tanto, el presente trabajo de investigación tiene como finalidad determinar en una muestra de población de mujeres lactantes entre 20 a 30 años, de una institución pública y otra privada, variando así el contexto y nivel sociocultural, si las mujeres lactantes poseen el suficiente conocimiento y la suficiente conciencia sobre los beneficios de la LME hasta los 6 meses de edad, tanto para el bebe como para ellas mismas, y determinar si cumplen o no con las recomendaciones.

² Lorenzo, J. (2007). *Nutrición del niño sano. Lactancia Materna*. -1ra ed. Rosario. Editorial: corpus.

Planteamiento del Problema

¿El conocimiento y las recomendaciones de la importancia de la lactancia materna exclusiva tiene una significativa incidencia en mujeres en etapa de amamantamiento?

Objetivo general

- Determinar si las mujeres lactantes cumplen con las recomendaciones de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Objetivos específicos:

- Identificar distintos niveles socioculturales y determinar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de lactancia materna exclusiva.
- Determinar las distintas causas y factores que intervienen en el grado de cumplimiento.
- Indagar el nivel de conocimiento de las madres sobre los beneficios de la LME tanto para el bebe como para ellas mismas.
- Evaluar si las madres lactantes han buscado y recibido suficiente información de personal capacitado sobre las ventajas de la lactancia materna.

Hipótesis

“La falta de conocimiento adecuado en las madres lactantes de distintos niveles socioculturales da como consecuencia una baja incidencia del cumplimiento de las recomendaciones de la lactancia materna de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad”

2. MARCO TEÓRICO

Ofrecer leche materna (LM) como único alimento al niño hasta los 6 meses, y de forma complementada al menos hasta los 2 años de vida, es reconocido como el medio ideal para lograr de forma armónica el crecimiento y desarrollo del niño, y reducir la morbilidad y mortalidad infantil.

2.1 Clasificación de la lactancia materna según OMS-UNICEF

La OMS y UNICEF desarrollaron un conjunto de definiciones que permiten unificar la terminología para la lactancia, entendiendo por Lactancia Materna Exclusiva cuando el lactante no recibe ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales. La OMS y UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia materna exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen, a partir del sexto mes, la lactancia materna junto con la administración de alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida.³

LM Completa: el lactante es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho.

LM predominante: el niño es amamantado, pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua, como el té.

LM parcial: el niño es amamantado algunas veces y otras veces recibe alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos.⁴

³ UNICEF. *Consejería en lactancia materna*. Suiza. 1993.p.5. Recuperado el 10 de marzo, de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf

⁴ Lorenzo, J. (2007). *Nutrición del niño sano. Clasificación de la lactancia*. -1ra ed. Rosario. Editorial: corpus.

2.1.2 Declaración sobre Lactancia Materna- OMS/UNICEF- 1979

“La lactancia forma parte integrante del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. Constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño”. -

“Este hecho, junto a otros importantes efectos en la prevención de las infecciones, en la salud y el bienestar de la madre, en el espaciamiento de los embarazos, en la salud de la familia, en la economía de la familia y el país y en la producción de alimentos, hace de la lactancia natural un elemento clave de la autosuficiencia, de la atención primaria de la salud y de los actuales criterios de desarrollo”. -

“Incumbe, pues, a la sociedad, la responsabilidad de fomentar la lactancia natural y de proteger a las embarazadas y a los lactantes de toda influencia que pueda trastornar el amamantamiento”

2.3 Ventajas de la Lactancia Materna

- Satisface estrictamente las capacidades y necesidades nutricionales del bebé, disminuyendo la incidencia de desnutrición infantil.
- Posee factores inmunológicos, otorgándole propiedades antiinfecciosas y antialérgicas.
- Satisface las necesidades afectivas de la madre y el niño, a través del vínculo que se establece entre ambos.

2.3.1 Ventajas para el niño

La leche materna aporta, al infante en desarrollo, nutrientes esenciales para su cerebro. Diversos estudios sugieren cómo la presencia de ácidos grasos de cadena muy larga, sólo presente en la leche humana, son de importancia fundamental para el desarrollo cerebral.

Sólo la leche materna provee el ácido graso esencial docosahexaenoico (DHA), utilizado por el sistema nervioso central para el crecimiento normal del cerebro.⁵

Disminuye un:

- 80% el riesgo de hospitalización y muerte por diarrea.
- 50% el riesgo de hospitalización y muerte por enfermedades respiratorias.
- 63% el riesgo de padecer otitis media.
- 36% el riesgo de muerte súbita del lactante.
- entre el 12% y el 24% el riesgo de obesidad en la edad adulta;
- 34% el riesgo de desarrollar diabetes tipo II;
- 54% el riesgo de padecer enfermedad celíaca.⁶

Además, le llega en forma estéril, a temperatura ideal, y por supuesto no requiere suplemento vitamínico y mineral, ni agua u otros líquidos hasta los 6 meses de edad.

Por todos los beneficios documentados hoy día se podría decir que el no amamantar pone en un riesgo innecesario de enfermedad a los niños. Los niños que reciben leche materna se enferman menos y, en caso de enfermarse, dicha enfermedad es más leve y de más rápida resolución. Más aún, los beneficios de la lactancia (en líneas generales) son dosis dependiente: a mayor duración y exclusividad, mayor es el impacto en la salud.

2.3.2 Ventajas para la madre

La lactancia materna para la madre representa ventajas desde el punto de vista económico, de practicidad, favorece el espaciamiento entre embarazos (postergación de la primera ovulación posparto), favorece un menor sangrado posparto, disminuye

⁵ María E. Torressani. (2006). *Cuidado Nutricional Pediátrico. Ventajas de la lactancia materna*. -2da ed. Buenos Aires. Editorial: Eudeba. p.94.

⁶ Speranza.A. (Año 2. marzo 2015). Lactancia Materna. *Voletín Virtual, Número 7*, p.2. Recuperado de http://msal.gob.ar/municipios/images/stories/4-recursos/pdf/boletin-n7-lactancia_materna.pdf

el riesgo subsiguiente de padecer anemias, y además favorece la involución del útero de la madre luego del alumbramiento, y la protege frente a neoplasias de mamas, ovarios y útero.⁷ Y se ha estudiado un posible descenso del riesgo de fractura de cadera y de osteoporosis después de la menopausia.⁸

2.4 Secreción Láctea

La actividad de la glándula mamaria depende de la interacción de muchos factores nerviosos y endocrinos complejos. En el ser humano, la mama se desarrolla y prepara para cumplir su función durante los 9 meses de gestación, y está plenamente preparada para la lactancia desde la semana 16, sin ninguna intervención activa de la madre. Se mantiene inactiva por el equilibrio de las hormonas inhibitoras, y en las primeras horas y días posparto la mama responde a los cambios hormonales y al estímulo de la succión, produciendo y secretando leche. El inicio de la secreción de leche se inicia unas 12 semanas antes del parto y se caracteriza por el inicio de la capacidad de la glándula mamaria para segregar leche. Las células altamente irrigadas extraen agua, carbohidratos, aminoácidos, lípidos, vitaminas, minerales y otras numerosas sustancias de la sangre materna generando así la producción de leche.

La bajada de la leche se inicia a continuación de la expulsión de la placenta y es estimulada principalmente por la hormona prolactina. En principio la lactancia es regulada hormonalmente, luego es regulada por la succión y la extracción de leche. La regulación de la producción de leche depende sobre todo de la demanda del niño. La falta de extracción de leche tiende a limitar su producción. En respuesta a la succión del bebé se libera la hormona oxitocina, la cual induce el reflejo de eyección láctea y permite que la leche producida en los alvéolos mamarios fluya. Además, la oxitocina tiene otra

⁷ Ídem.

⁸ Mahan, I., Scott-stump, S., Raymond, J (2013)., *Krause dietoterapia*.13ªEd. Barcelona, España. Editorial: Elsevier.

importante función: la contracción del útero materno. La contracción uterina ayuda al control del sangrado posparto, favoreciendo el ahorro de Fe y la involución del útero⁹.

2.4.1 Tipos de secreción láctea

Calostro:

- El calostro se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.
- El calostro aporta 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Por lo cual Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, están muy elevadas, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados (20 g/L). Además, una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

⁹ Torressani, Ma.E (2006). *Cuidado Nutricional Pediátrico. Ventajas de la lactancia materna*. -2da ed. Buenos Aires. Editorial: Eudeba. pp.44-45

- El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:
 - ✓ Facilita la eliminación del meconio.
 - ✓ Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
 - ✓ Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto gastrointestinal, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
 - ✓ El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.
 - ✓ Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido, tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

El calostro, como la leche que lo sucede, actúa como moderador del desarrollo del recién nacido.¹⁰

Leche de transición:

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. Aumentan las calorías, el volumen de lípidos y vitaminas hidrosolubles, y descenden las inmunoglobulinas.

Leche Madura:

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre

¹⁰ Unicef. *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Chile. 1995. pp.1- 2. Recuperado el 21 de marzo de 2017, de:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involucrena y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento.

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre.

La leche materna madura aporta 70 Kcal/ 100 ml. Las proteínas suponen el 6% al 7% de las calorías. Un 60% son las proteínas del suero, principalmente lactoalbúmina, y un 40 % corresponde a la caseína. La caseína forma un cuajo correoso y duro difícil de digerir en el estómago del lactante, mientras que la lactoalbúmina forma cuajos blandos y floculados fáciles de digerir. La taurina y cistina se encuentran en altas concentraciones, estos aminoácidos son esenciales para los lactantes prematuros. La lactosa aporta el 42% de las calorías en la leche materna y los lípidos proporcionan el 50%,¹¹ siendo el componente más variable de la leche humana. Su concentración varía desde 2 g /100 ml en calostro a 4-4,5 g/100 ml en leche madura. Además, aporta ácidos grasos esenciales de cadena larga (PUFAs) y vitaminas liposolubles. Las grasas están en sangre y leche en forma de gotitas rodeadas por una membrana formada por proteínas, fosfolípidos, colesterol, cerebrósidos y agua. La leche humana está formada por grandes cantidades de glóbulos grasos muy pequeños, que se forman en las células alveolares mamarias. Los triglicéridos constituyen más del 98% de la grasa de la leche humana, el resto son fosfolípidos 0,7%, ácidos grasos libres, mono y diglicéridos y colesterol 0,5%.

¹¹ Mahan, I., Scott-stump, S., Raymond, J (2013)., *Krause dietoterapia*.13ªEd. Barcelona, España. Editorial: Elsevier.pp379-380

El ácido araquidónico (AA) y el docosahexaenoico (DHA) son esenciales, ya que no pueden ser sintetizados suficientemente por el recién nacido a partir del linoleico (LA) y linolénico (ALA). La leche humana siempre es rica en estos ácidos grasos. Por eso los lactantes alimentados al pecho tienen mayores niveles de AA y DHA en sus eritrocitos. Tienen mejor agudeza visual y desarrollo cerebral. En la composición de ácidos grasos de la leche humana predominan ligeramente los saturados, seguidos por los monoinsaturados (oleico) y poliinsaturados, aunque puede variar por la dieta materna. El contenido en ácidos grasos varía durante la lactancia, va aumentando el de linoleico y linolénico, mientras que el de AA y DHA disminuye el primer mes, pero luego mantienen estables sus niveles a lo largo de la lactancia (adaptación a los altos requerimientos del neonato). Los niveles de LC-PUFA tienden a mantenerse estables (100 mg/kg/día).¹²

Dentro de los componentes de la leche se puede afirmar que los lípidos y los factores inmunológicos son variables y sensibles al cambio, ya sea por factores internos o por factores externos. La grasa constituye uno de los componentes más importantes y variables de la leche humana, ya que proporciona el 45-55% de la energía total que recibe el lactante. Algunos estudios apuntan que la cantidad de lípidos de la leche es dependiente de la grasa acumulada durante la gestación, aunque una parte de ellos, como los ácidos grasos, pueden verse influidos por la dieta materna o por su peso corporal. Se ha descrito que la leche de madres con sobrepeso u obesidad presenta menos cantidad de lípidos totales, pero una mayor proporción de ácidos grasos saturados. Los triglicéridos, por su parte, también parecen modificarse en función de diversas patologías, como la preeclampsia, con la que tiene lugar un pico de trigliceridemia mayor que en las mujeres sanas. El contenido graso de la leche materna varía además con el grado de plenitud de la

¹² Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid 2004. p.62.

Recuperado el 25 de marzo del 2017, de:

https://www.ministeriodosalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

glándula mamaria y el tiempo transcurrido desde la alimentación del bebé, para alcanzar su pico máximo a los 30 minutos de la última toma. De esta forma, se observa que los lípidos son uno de los componentes más influenciados por diversos factores y que la obesidad materna modifica de forma importante la composición de la leche, y tiene consecuencias negativas para el bebé. Por otro lado, existen diferencias en la concentración de anticuerpos de la LM, entre los que se encuentran IgM e IgG, con valores más bajos, en los que la Inmunoglobulina A secretora (IgAs) es el anticuerpo principal que proporciona inmunidad al lactante, lo que indica la existencia de un vínculo inmunológico entre madre e hijo.¹³

Todas las vitaminas hidrosolubles de la leche materna reflejan la ingestión de la madre; las vitaminas del complejo B están presentes en cantidades suficientes. Además, aporta vitamina E, y de forma suplementada suficiente vitamina A.

La cantidad de hierro en la leche materna es pequeña, pero se absorbe cerca del 50%. La biodisponibilidad del cinc también es muy alta. Y además la leche materna contiene un significativo aporte de calcio, fósforo y flúor.

Contiene un 88% de agua y su osmolaridad es de 286 mOs, semejante a la del plasma, lo que permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico.¹⁴

¹³ Cordero., García., López. A., Barrilao.R., Rodríguez., Villar.N., (2016, mar./abr.) *Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática*. Nutrición Hospitalaria.Vol.33 no.2 Madrid.p.2 Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200046

¹⁴ Unicef. Manual de lactancia para profesionales de la salud. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile.1995. p.2. Recuperado el 25 de marzo del 2017, de: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

2.4.2 Substancias no nutritivas de la leche humana

Nucleótidos

Los nucleótidos presentes en la leche materna participan en la síntesis y metabolismo del ácido nucleico y en la síntesis de leche. Intervienen en la síntesis de proteínas y factores de crecimiento como el EGF, IGF I e IGF II y GFN. La citidina monofosfato y el uracilo son los nucleótidos de más alta concentración de la leche humana.

Enzimas

La leche humana tiene múltiples enzimas diferentes, que ejercen variadas funciones. Unas son importantes para el desarrollo neonatal, otras participan en la digestión como la lipasa, amilasa y enzimas proteolíticas. Hay enzimas con función inmunológica directa, como son algunas proteínas.

Hormonas

Se pueden detectar todas las hormonas maternas en la leche humana, aunque se desconoce su papel en el niño. Algunas de ellas se concentran en la glándula mamaria y tienen niveles superiores en la leche que en el suero materno, como prolactina, oxitocina, esteroides suprarrenales y ováricos, GnRH, GRF, insulina, somatoestatina, calcitonina, PTH, neurotensina. Mientras otras, como TSH, TRH y T3 se detectan en valores inferiores. La leptina no se forma sólo en el tejido adiposo del lactante, sino que también procede de la leche. No parece tener relación con la adiposidad del lactante. No varía con la edad gestacional, el sexo, ni el peso al nacimiento. Es una hormona antiobesidad, modula la regulación de energía durante períodos de ayuno.

Factores de crecimiento

Son péptidos hormonalmente activos que ejercen sus acciones localmente estimulando la síntesis de RNA, DNA, la proliferación celular, el crecimiento y maduración del intestino y de otros órganos. Algunos son muy abundantes en la leche humana. Tienen un potente efecto trófico sobre las células intestinales inmaduras y juegan un papel en la adaptación perinatal del intestino. Resisten la proteólisis y tienen receptores específicos en órganos y tejidos. IGF1, FGF (factor estimulante de los fibroblastos), HGF (factor estimulante de los hepatocitos) TGF-alfa (factor transformador del crecimiento alfa) y EGF (factor de crecimiento epidérmico) estimulan el crecimiento y maduración del tubo digestivo. Sus niveles son mayores en el calostro que en la leche madura. Son importantes en el prematuro. Previenen la enterocolitis necrotizante. La eritropoyetina de la leche humana estimula la eritropoyesis, la inmunidad, la maduración del SNC y del intestino. Sus niveles aumentan lentamente durante los primeros meses de lactancia.¹⁵

2.4.3 Aspectos inmunológicos de la leche humana

El sistema inmune del niño se desarrolla durante la vida fetal, pero no madura completamente hasta los 2 años de vida.

Claramente, el neonato necesita ayuda de la madre para su protección inmediata para la construcción a largo plazo de su propio sistema inmune. Este apoyo inmune lo recibe vía placenta y por la leche materna.

¹⁵ Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid 2004. p.62.

Recuperado el 25 de marzo del 2017, de:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

Vía placenta

El transporte activo de IgG de la madre al feto hace que en el momento del nacimiento el recién nacido a término tenga unos niveles de IgG que son un 90% los de su madre. Estos anticuerpos confieren inmunidad durante los primeros meses de vida.¹⁶

Vía materna

El calostro y la leche madura tienen componentes antiinfecciosos tanto humorales como celulares.

Componentes humorales

Son las inmunoglobulinas IgA, IgM, IgG, lisozima y otras enzimas, lactoferrina, factor bífido, interferón, gangliósidos, prostaglandinas y otras sustancias inmuno reguladoras.

La protección que el niño recibe a través de la leche materna es considerable. Calculada por Kg de peso corporal, el niño amamantado en forma exclusiva recibe 0,5 g de IgA por día. En las 4-6 primeras semanas de vida el niño obtiene la IgA de la leche materna.

Componentes celulares

Los leucocitos están en una concentración similar a la que se encuentran en la sangre periférica, pero con predominancia de macrófagos en vez de neutrófilos. (Lawrence R. A .1989). De la actividad de los elementos celulares de la leche se sabe todavía muy poco. Los macrófagos son los que están en mayor cantidad (80%), le siguen los linfocitos y luego los granulocitos neutrófilos. El mecanismo de acción es la fagocitosis y la secreción de algunas sustancias inmunológicas con cierta especificidad contra los gérmenes que la madre ha tenido contacto (Hanson, 1985). Los macrófagos contienen a su vez IgA, lisozima y lactoferrina. La concentración de todos estos elementos es mayor en el calostro

¹⁶ Ídem.

que en la leche madura, pero se compensa por el mayor volumen de leche, de manera que la cantidad total se mantiene relativamente constante durante toda la lactancia.¹⁷

2.5 Tendencias de la lactancia materna

Desde hace aproximadamente 20 años, se ha observado en todos los países, especialmente en aquellos en vías de desarrollo, una declinación de la lactancia materna. Este hecho tiene entre muchas otras implicaciones, una repercusión económica muy manifiesta sobre todo en aquellos países donde debe importarse la leche o productos afines. De ahí que la promoción de la lactancia materna haya adquirido gran relevancia debido a las ventajas tanto biológicas como psicológicas y económicas de esta práctica que está enraizada en la esencia de la condición humana. Esta actividad de promoción de la lactancia natural debe desarrollarse desde el período prenatal tanto a nivel individual como de grupos de mujeres gestantes. El agente de salud, la enfermera y el médico están comprometidos en la ejecución de prácticas tendientes a motivar a las futuras madres. Esto supone elaborar programas de difusión acerca de la importancia de la lactancia; ofrecer información sobre la técnica y posibles dificultades que puedan presentarse, así como promover campañas tendientes a la difusión de esta práctica en la comunidad. Una tarea que debe cumplir el equipo de salud es la de difundir los beneficios sociales que se le brinda o se le deberían brindar a la madre que trabaja y que amamanta a su niño y que varían en los distintos países (protección del empleo, adecuación del tiempo de trabajo, pausas para amamantar, creación de ámbitos adecuados en los lugares de trabajo para posibilitar la lactancia, etc.). Mucho depende de la política que desarrolle el equipo de salud hacia esta práctica. En la medida que comprenda su papel en la defensa de la lactancia, su actitud será más positiva.

¹⁷ UNICEF. Manual de lactancia para profesionales de la salud. Cualidades inmunológicas de la leche materna. 1997. Recuperado el 25 de marzo del 2017, de:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

Se ha observado que madres que han dejado de amamantar tempranamente a sus hijos o aun que no los han amamantado, pueden reinducir la lactancia sobre la base del apoyo que se les brinde.¹⁸

2.6 Influencias económicas y sociales de la lactancia

El éxito o el fracaso de la lactancia materna depende de una serie de influencias de carácter psicosocial (experiencias de la infancia materna, relación con la familia, apoyo emocional durante el período postnatal, etc.) que se ejercen sobre la madre a veces en forma manifiesta, mientras que en otras circunstancias depende de factores que interfieren en su relación con el niño (relación madre-hijo, dificultades físicas y problemas laborales, etc.). Algunos intereses económicos promueven, generalmente, la lactancia artificial y ejercen su presión a través de mecanismos indirectos como son los medios masivos de propaganda en forma directa a través de la dádiva durante los primeros días de vida, originando un rechazo posterior del seno materno. Los organismos internacionales han criticado este lamentable desenfreno de los fabricantes de ciertos productos comerciales, elaborando un código de ética para las empresas productoras y estimulando, en primera instancia, la lactancia materna.

➤ ¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Manual de Crecimiento y Desarrollo del niño. Tendencias de la Lactancia Materna* p. 121. 2da. Edición. 1994. Recuperado de: <https://epifesz.files.wordpress.com/2016/08/5manual-de-crecimiento-y-desarrollo-del-ninio1.pdf>

2.7 Lactancia materna y cáncer de mama

En un estudio realizado en la ciudad de Granada, España, se revisaron 504 historias clínicas pertenecientes de sexo femenino con edades comprendidas entre los 19 y los 91 años, todas ellas diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama entre los años 2003 y 2008 en el Hospital Universitario “San Cecilio”

Los resultados del estudio muestran la existencia de una correlación significativa entre el tiempo de lactancia materna y la edad de diagnóstico del cáncer de mama, entre aquellas pacientes con antecedentes familiares y personales de cáncer. En otras palabras, períodos prolongados de lactancia al pecho parecen ser la causa de una disminución del riesgo y la incidencia del cáncer de mama entre mujeres con descendencia y en modo especial entre aquellas con antecedentes familiares y personales de riesgo para cáncer. Basándose en estos resultados, y en alusión a lo descrito por otros autores, la incidencia de cáncer de mama en los países desarrollados podría reducirse en más del 50% entre aquellas mujeres con descendencia si éstas proporcionasen más lactancia al pecho y por mayores períodos de tiempo a sus hijos.

En consecuencia, la tendencia moderna a no amamantar parece ser un factor crucial para el reciente incremento de los tumores de mama. Este fenómeno ha sido confirmado por estudios epidemiológicos que indican que, cuando una mujer no amamanta al pecho a sus hijos, aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer de mama. De hecho, ese riesgo disminuye a un ritmo del 4,3% por cada año que una mujer amamanta a sus hijos. Lamentablemente, el número de mujeres que optan por la alimentación con biberón es cada vez mayor, circunstancia que contribuye en gran medida a la paulatina desaparición de la lactancia materna. En conclusión, la lactancia materna por períodos de tiempo superiores a seis meses, no sólo proporciona a los niños numerosos beneficios para su

salud, sino que también puede proteger a la madre de enfermedades graves, como lo es el cáncer de mama, convirtiéndose así en un aliado potencial en la lucha contra los tumores de mama¹⁹. Por tanto y teniendo en cuenta todo lo anterior, resulta conveniente tener presente todos los beneficios que la lactancia materna puede suponer en la prevención del cáncer de mama.

2.8 Lactancia y prevención de enfermedades no transmisibles

El desarrollo durante el periodo fetal y los primeros años de vida se caracteriza por su crecimiento rápido y la maduración de órganos y sistemas. Los cambios tanto en la calidad como en la cantidad de los nutrientes que consumen la mujer embarazada y el niño en ese periodo pueden influir de forma permanente sobre esos órganos en desarrollo. Esos efectos se conocen como “programación” y constituyen un factor importante en la aparición de enfermedades no transmisibles a lo largo de toda la vida, fundamentalmente en la edad adulta; en especial, la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico y la intolerancia a los hidratos de carbono. Las carencias nutricionales durante el embarazo que ocasionan un crecimiento intrauterino retardado se asocian a un riesgo aumentado de diabetes tipo 2 y de enfermedad coronaria en la descendencia. Esa influencia en la aparición de enfermedades no transmisibles en la vida adulta también está marcada por **el tipo y duración de la lactancia** y por la alimentación complementaria. La explicación más plausible es que estos factores nutricionales –junto a otros no nutricionales– modifican la expresividad de determinados genes, modificando la respuesta de determinados órganos y tejidos, remodelando su estructura y su función. Estos cambios

¹⁹ Aguilar Cordero, M.a J.; González Jiménez, E.; Álvarez Ferre, J.; Padilla López, C. A.; Mur Villar, N.; García López, P. A.; Valenza Peña, M.a C. *Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama*. Nutrición Hospitalaria, vol. 25, núm. 6, noviembre-diciembre, 2010, pp. 954-958 Grupo Aula Médica Madrid, España. Recuperado el 1 de marzo de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226763010>

epigenéticos pueden transmitirse de una generación a la siguiente, por lo que se pone aún más en evidencia la importancia del fenómeno de la “programación metabólica” temprana. Los datos científicos procedentes tanto de estudios epidemiológicos como experimentales demuestran con fuerza suficiente la influencia de los factores nutricionales durante las primeras etapas de la vida (los 1.000 primeros días) en la salud posterior. Este hecho tiene un gran impacto en la salud pública, ya que el embarazo y el periodo de lactante y niño pequeño constituyen una ventana de oportunidad para adquirir hábitos de vida saludables que perdurarán toda la vida disminuyendo la carga asociada a este tipo de enfermedades.

Se conoce como “programación” el proceso por el que la exposición a estímulos o agresiones ambientales específicas durante fases críticas del desarrollo puede desencadenar adaptaciones que producen cambios permanentes en la fisiología del organismo, encaminadas inicialmente a garantizar su supervivencia, pero que dejan memoria permanente. Esa programación es fruto de la plasticidad de las células y de los tejidos durante el desarrollo, y es lo que permite al organismo responder a los cambios en el ambiente que le rodea. Esos estímulos o agresiones pueden ser de diversa naturaleza, por ejemplo, tóxicos, infecciones, el tabaquismo materno o el estrés psicológico, pero fundamentalmente se refiere al ambiente nutricional que rodea esos primeros años de la vida. La sensibilidad y, por tanto, las repercusiones, son mayores cuanto más precozmente aparece ese estímulo, pues se trata de periodos de mayor crecimiento y maduración, así como cuanto más larga es su duración. Puede decirse que la aparición de una enfermedad

no transmisible es fruto de la interacción de aspectos genéticos y estilos de vida a lo largo del tiempo, pero también de lo que se denomina “programación metabólica”.²⁰

2.9 Lactancia materna y lenguaje

Si nos fijamos detenidamente notaremos que para pronunciar los múltiples sonidos que componen nuestra lengua, necesitamos la participación directa de un grupo más o menos extenso de elementos, tales como: los maxilares, el paladar duro, el paladar blando, los labios y la lengua. Estos elementos son los mismos que intervienen en otras actividades vitales como la succión y la deglución, ambos íntimamente vinculados con la lactancia materna.

El proceso de succión implica una inactividad de los labios y de los maxilares, los primeros sirven para inmovilizar las mamas y los segundos se encargan de comprimirlas para ayudar a la salida de la leche. Al nacimiento del bebé la mandíbula tiene forma de arco y se encuentran retraídas en relación con el maxilar inferior, adicionalmente el tercio superior de la cara se encuentra más desarrollado y el espacio bucal ocupado por la lengua; el acto de succión contribuye al avance de la mandíbula y alcanza una posición apropiada alrededor de los 8 meses y una adecuada configuración de los arcos. Por su parte durante este proceso la lengua llega a ocupar una correcta posición, lo que facilita el equilibrio craneofacial y fortalece la musculatura bucal, por tanto, los mecanismos implicados en la producción de sonidos articulados son los mismos que intervienen en la succión, es por ello que su correcto desarrollo y fortalecimiento son indispensables para evitar dificultades en el habla.

²⁰ Moreno Villares, JM, *Los mil primeros días de vida y la prevención de la enfermedad en el adulto* Nutrición Hospitalaria, vol. 33, núm. 4, 2016, pp. 8-11 Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral Madrid, España. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/3092/309246965003.pdf>

Si bien la lactancia materna contribuye al fortalecimiento de la musculatura bucal y al correcto desarrollo de órganos que intervienen en el habla; la artificial, desde las edades tempranas y prolongadas en el tiempo, repercute desfavorablemente en el lenguaje oral, ya que propicia el retardo en la aparición de los sonidos articulados y de las primeras palabras. Es por ello que se puede afirmar que una correcta succión y deglución son de vital importancia para el fortalecimiento de la musculatura de los labios y los maxilares y por tanto, para la prevención de alteraciones del lenguaje, al tiempo que contribuye a mantener los dientes en posición adecuada.

2.10 La lucha por la lactancia

El mundo reaccionó tarde y lento ante esta emergencia. Revertir la situación se ha convertido en un objetivo permanente de los equipos de salud y los gobiernos en las últimas décadas, con grandes esfuerzos, avances, retrocesos, aciertos y errores.

Algunos hitos en la lucha por la lactancia:

- 1939, Cecily Williams, pediatra que describió el kwashiokor, atribuye al uso generalizado de sustitutos de leche humana, miles de muertes de lactantes.
- 1956, se funda en Chicago La Liga de la Leche, prestigioso grupo de apoyo a la lactancia hasta hoy.
- 1972, se presenta a la FAO/OMS un borrador del Código para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles.
- 1973, la OMS, FAO y UNICEF, en encuentros con gobiernos, profesionales de salud y representantes de la industria de fórmulas de alimentación infantil, definió el papel de las partes implicadas.

- 1973, El New Internationalist publica *The Baby Food Tragedy*, acusando públicamente y por primera vez a los fabricantes de sucedáneos (hasta entonces modelo de progreso médico) de ser responsables directos de miles de muertes de niños en países subdesarrollados, por el consumo generalizado de sus productos tras prácticas de comercialización inapropiadas.

- 1974 y 1978, la 27ª y 31ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la LM en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos de LM, recomendando medidas correctoras.

- 1977, se crea el *Infant Formula Action Coalition* (INFACT), para frenar la expansión del mercado de fórmula infantil. Se inician campañas de boicot a diversas industrias (Bristol Myers, Nestlé), dentro y fuera de EE.UU.

- 1981, se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna, conjunto de reglas destinadas a proteger la lactancia materna de las prácticas comerciales poco éticas.

Los documentos de la época destacan que la pérdida de la cultura social de la LM, así como los de sistemas sanitarios con rutinas erróneas en paritorio, maternidad y salas de pediatría, y profesionales de la salud, por su falta de preparación y conocimientos, constituían el mayor freno a mejorar los índices de lactancia.

- 1989 OMS/UNICEF realizan la Declaración conjunta “Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna”

- 1990 en la reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia, Italia, surge la “Declaración de Innocenti” instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una "cultura de la lactancia materna". Se recomienda a todos los gobiernos adoptar el Código.

- El mismo año se realiza la Cumbre Mundial de la infancia en New York
- 1991 comienza la INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS, (IHAN)
- 2001 Se presenta el informe (Violando las reglas) por IBFAN, del grupo *Baby Milk Action* (BMA). En él se declara: Los establecimientos de salud son el canal más usado de las compañías para llegar a las madres a través de donaciones de fórmulas y materiales promocionales. El código es sistemáticamente no respetado.

El resultado de esta lucha se vio reflejado en la recuperación de las tasas de lactancia en los años siguientes.²¹

2.10.1 Declaración de Innocenti

En agosto de 1990, dando continuidad al esfuerzo por promover la lactancia natural, la UNICEF y la OMS, con el respaldo del Organismo para el Desarrollo Internacional (OID), de Estados Unidos, y el Organismo Sueco de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), auspiciaron en la sede *Spedale degli Innocenti* de la UNICEF, en Florencia, Italia, un encuentro de formuladores de políticas de alto nivel, oriundos de 40 países del planeta. El encuentro resultó en una breve, pero influyente declaración respecto de la importancia global de la lactancia materna y de las responsabilidades de todos los gobernantes para apropiarse de las iniciativas que promueven, protegen y apoyan el amamantamiento. Los diez pasos fueron centrales en las recomendaciones incluidas en la declaración, mundialmente conocida como *Declaración Innocenti*.²²

²¹ Schellhorn.H., & Valdés, *Manual de lactancia materna*. 3ra edición. 2010. Recuperado el 10 de marzo de: http://www.icmer.org/documentos/lactancia/manual_lactancia_minsal_2010.pdf

²² World Health Organization, Unicef. Innocenti declaration on the Protection, Promotion and Support of breastfeeding. Florence, Italy: WHO, Unicef, Usaid & Said;1 de agosto 1990.

2.10.2 Situación en nuestro país

Los indicadores de lactancia materna distan de ser ideales en nuestro país.²³ Una proporción importante de niños inician la lactancia materna (95%), pero sólo un 30% de los bebés llega a los 6 meses de edad tomando pecho en forma exclusiva. La realidad en las diferentes provincias varía notablemente observándose una amplia diversidad entre las jurisdicciones. Si bien la lactancia materna exclusiva es sumamente importante, no es menos importante la recomendación de continuar ofreciendo el pecho hasta por lo menos los dos años de vida del niño. En este sentido se observa que entre los 12 y 15 meses el porcentaje de niños lactantes decae a 45% y se reduce más aún (27%) en niños de 20 a 23 meses. El motivo predominante por el cual las mujeres dejan de amamantar prematuramente, es la percepción de haberse quedado sin leche. Del total de mujeres que suspende la lactancia antes del 6º mes de vida del niño, aproximadamente la mitad refiere esta situación. Dado que somos mamíferos, y que nuestra especie está preparada para amamantar, es bastante inverosímil pensar que la mitad de nuestras mujeres no pueden producir suficiente leche para garantizar el adecuado crecimiento de sus hijos. En este sentido es más lógico pensar que nuestros equipos de salud no están logrando acompañar de cerca de las mujeres para derribar mitos y/o brindar la información adecuada y oportuna necesaria para que la lactancia se desarrolle adecuadamente.²⁴

²³ La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2011. Recuperado el 12 de enero de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

²⁴ Speranza.A. (Año 2. marzo 2015). Lactancia Materna. *Voletín Virtual*, Número 7, p.2. Recuperado de http://msal.gob.ar/municipios/images/stories/4-recursos/pdf/boletin-n7-lactancia_materna.pdf

2.10.3 Promoción de la Lactancia Materna

Con la publicación el 14 de enero en el Boletín Oficial del Decreto 22/2015, reglamentario de la Ley 26.873 de Promoción y Concientización Pública sobre la Lactancia Materna, se completó y puso en vigencia esta norma, orientada a extender y ampliar la promoción y la concientización pública sobre la importancia de la lactancia materna y de las prácticas óptimas de nutrición segura para lactantes y niños de hasta dos años de edad. En el marco de las políticas públicas sobre lactancia materna ya implementadas por el Ministerio de Salud de la Nación, la norma ordena acciones específicas de promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y de la lactancia materna continuada de los seis meses a los dos años o más. Junto a esas acciones, recomienda una alimentación complementaria adecuada y oportuna; y la difusión y accesibilidad a la información, en especial de las mujeres embarazadas, a quienes se debe hacer conocer la importancia de su estado nutricional y el de sus hijos.

La ley prevé igualmente la promoción y apoyo a la creación de Centros de Lactancia Materna y Bancos de Leche Materna. Para lograr estos objetivos, la ley estipula promover la capacitación del personal de salud en todos los temas relacionados con la lactancia y la alimentación del niño pequeño; el relevamiento de indicadores; el desarrollo y divulgación de proyectos de investigación y la adhesión de los distintos efectores a las iniciativas Hospital y Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Una novedosa iniciativa contenida en esta ley, a instancias del Ministerio de Salud de la Nación, se refiere al apoyo a la madre trabajadora en período de lactancia y al establecimiento de "Espacios amigos de la lactancia" en los lugares de trabajo, que ha comenzado a divulgarse y extenderse entre empresas y empleadores de distinta envergadura.²⁵

²⁵ Ídem.

2.10.4 Hospitales amigos de la madre y el niño

Esta estrategia propuesta por OMS-UNICEF se puso en marcha en nuestro país desde 1992, y ya cuenta con 65 maternidades acreditadas. Esta iniciativa persigue que durante el proceso del embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido se proteja y promueva adecuadamente la lactancia materna. La misma cuenta con 10 pasos que, basados en el conocimiento científico y empírico, se sabe que contribuyen positivamente a este fin.

Estos 10 pasos son:

- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
- Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política.
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- Colocar al bebé en contacto piel a piel de su madre inmediatamente después del nacimiento. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora de vida.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño, y como mantener la lactancia aún en caso de separación de sus hijos.
- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados.
- Practicar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
- No dar a los niños alimentados al pecho, biberones, tetinas ni chupetes.

- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y referir a las madres a esos grupos.

Con este decálogo de acciones se podría decir que la institución maximiza las oportunidades de que los bebés allí nacidos inicien la lactancia y sean dados de alta con lactancia materna exclusiva, lo cual protegerá la salud del niño a corto y largo plazo. Este objetivo se logra minimizando las interferencias innecesarias en el establecimiento del vínculo madre-hijo.²⁶

En la provincia de Santa Fe los hospitales amigos acreditados hasta el momento son:

Maternidad “Martin”, Hospital Roque Sáenz Peña, Hospital J. B. Iturraspe, Hospital SAMCO (Firmat), Hospital Central (Reconquista).

2.11 Consejos básicos sobre la lactancia

- ✓ Poner el bebé al pecho durante la primera hora después del parto: esto favorece el apego madre-hijo; mejora la prendida al pecho y permite al niño aprovechar el calostro que es la primera leche que se produce. El calostro es sumamente importante ya que además de alimentarlo, brinda inmunidad al niño. La cantidad que la mamá produce es la suficiente para el niño y, para favorecer su producción (como también la bajada de la leche) lo mejor es amamantar con frecuencia y no incorporar biberones ni otro tipo de alimentos o bebidas.
- ✓ No pensar que la leche es mala o insuficiente: nuestro cuerpo está preparado para alimentar a nuestros hijos. Por eso siempre que amamantemos a libre demanda vamos a tener suficiente leche. El mito de que la leche no alcanza puede fundarse en que no se distingue claramente las razones por las que llora el bebé, es importante comprender que no siempre el bebé llora por hambre.

²⁶ Ídem.

- ✓ Ofrecer alimentos en el momento oportuno: a partir de los 6 meses cumplidos (180 días) el niño debe empezar a recibir alimentos adecuados para su edad SIN dejar de ser amamantado.
- ✓ Identificar posibles “estirones”: en ciertos momentos el bebé crece más rápido; para acompañar ese rápido crecimiento necesitará más alimento y pedirá la teta más seguido. Lo único que hace falta hacer es continuar amamantando a libre demanda, rápidamente el cuerpo producirá más leche y calmará la demanda del niño.
- ✓ Evitar que duela: poniendo al bebé al pecho en una posición adecuada que no lastime el pezón; y romper el vacío de la succión colocando un dedo limpio en la comisura de la boca del bebé para que suelte el pecho
- ✓ Identificar tempranamente si aparece dolor y actuar: dar el pecho no debe doler (sólo puede generar ciertas molestias los primeros días y al inicio), si aparece un dolor demasiado intenso y que persiste durante toda la toma es importante consultar con un especialista a la brevedad.
- ✓ Amamantar a libre demanda: no hace falta mirar el reloj ni para estimar la hora a la que el niño debe comer, ni para calcular cuánto tiempo estará el niño en el pecho. Lo ideal es conectarse con el bebé y aprender a leer sus señales. Si muestra interés en comer, hay que ofrecerle el pecho sin importar el horario ya que esto garantizará que la mamá produzca la cantidad necesaria de leche. A medida que el tiempo pase, el bebé y la mamá irán encontrando el ritmo para ellos.²⁷

2.12 Beneficios psicológicos de la lactancia materna

La lactancia materna ayuda a la madre y a su bebé a establecer una relación afectiva estrecha, la cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas

²⁷ Ídem.

emocionalmente. El contacto estrecho inmediatamente después del parto ayuda a que esta relación se desarrolle. Este proceso se llama vínculo afectivo. Los bebés lloran menos y posiblemente se desarrollen más rápido cuando permanecen cerca de sus madres y son amamantados inmediatamente después de nacer.

Las madres que amamantan reaccionan ante las necesidades y mensajes de sus bebés de una manera más afectuosa. Se quejan menos de las mamadas nocturnas y de la atención que el bebé requiere. Tienen menor riesgo de abandonar o maltratar a sus bebés. Algunos estudios sugieren que la lactancia puede ayudar a un mejor desarrollo intelectual. Bebés con bajo peso al nacer alimentados con leche materna durante las primeras semanas de vida obtienen puntajes más altos en los exámenes de inteligencia hechos unos años más tarde, que los bebés de características similares alimentados artificialmente.²⁸

2.14 Reducción de la mortalidad en la niñez y lactancia materna

El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Cerca del 45% de las muertes de menores de cinco años se produce durante el periodo neonatal.

La mayoría de los fallecimientos neonatales se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones. Desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea y el paludismo. La malnutrición es una causa subyacente que contribuye aproximadamente a 45% del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. *Consejería En lactancia materna. Curso de capacitación.* (1993).

Recuperado de:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf?ua=1

En general, se han logrado progresos considerables para lograr el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4. Desde 1990, la tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido de 91 a 43 por 1000 nacidos vivos en 2015. Pero el ritmo del descenso no era suficiente para alcanzar, en 2015, la meta de disminuir en dos tercios las cifras de mortalidad registradas en 1990.

Recién nacidos

Cada año mueren 2,7 millones de lactantes durante su primer mes de vida, y el número de mortinatos es similar. Durante el primer mes, casi la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido. Es en este periodo cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y al niño para evitar y tratar enfermedades.

La cifra mundial de muertes neonatales se ha reducido de 5,1 millones en 1990 a 2,7 millones en 2015. Sin embargo, la reducción de la mortalidad neonatal entre 1990 y 2015 ha sido más lenta que la de la mortalidad pos neonatal en menores de cinco años: 47% y 58%, respectivamente.

Esto se aplica a la mayoría de los países de ingresos bajos y medios. Si se mantienen las tendencias actuales, aproximadamente la mitad de los 69 millones de muertes en la niñez que se producirán entre 2016 y 2030 tendrán lugar en el periodo neonatal. Se prevé que la proporción de muertes neonatales entre las muertes de menores de cinco años aumente del 45% en 2015 al 52% en 2030.

Además, 63 países tendrán que acelerar sus progresos si quieren alcanzar para 2030 la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) consistente en lograr una tasa de mortalidad neonatal de 12 muertes por 1000 nacidos vivos.

. Después del parto, la atención esencial al recién nacido debe seguir los pasos siguientes para mejorar las probabilidades de supervivencia:

- ✓ asegurar la respiración;
- ✓ empezar enseguida la lactancia exclusivamente materna;
- ✓ mantener al niño caliente; y
- ✓ limpiarse las manos antes de tocarlo.²⁹

2.1 “No tengo suficiente leche”

Casi todas las mujeres pueden producir suficiente leche para uno o para dos bebés. Usualmente, aún cuando una madre piensa que no tiene suficiente leche, en realidad su bebé está obteniendo toda la que necesita. Algunas veces, un bebé no obtiene suficiente leche materna. Por lo general se debe a que el bebé no está succionando lo suficiente, o no lo hace eficazmente. Rara vez se debe a que la madre no puede producir suficiente leche. De manera que es importante no pensar sobre cuánta leche puede producir una madre, pero en cambio pensar sobre cuánta leche está obteniendo el bebé. Es decir, si el aporte de leche es suficiente para la demanda del bebé.

Signos del que bebé podría no estar obteniendo suficiente leche materna:

Confiables:

- ✓ Ganancia inadecuada de peso (menos de 500 gr./mes) o (el bebé no recupera su peso al nacer después de 2 semanas)
- ✓ Pequeñas cantidades de orina concentrada (menos de 6 veces por día, amarillo intenso, olor fuerte)

²⁹ Organización Mundial de la Salud. *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Nota descriptiva, (septiembre de 2016). Recuperado de :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

Posibles:

- ✓ El bebé no queda satisfecho después de mamar
- ✓ El bebé llora con frecuencia
- ✓ Mamadas muy frecuentes
- ✓ Mamadas muy largas
- ✓ El bebé se niega a mamar
- ✓ El bebé tiene deposiciones duras, secas o verdes
- ✓ El bebé tiene deposiciones escasas, poco frecuentes
- ✓ La leche no sale cuando la madre trata de extraérsela
- ✓ Los pechos no aumentan de volumen (durante el embarazo)
- ✓ La leche no bajó (después del parto)³⁰

2.15 La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias

La leche de los animales contiene una mayor proporción de proteínas en su contenido calórico, debido a que los cachorros tienen un crecimiento más rápido que el bebé humano. Es por ello, que la leche de cualquier mamífero es adecuada para su misma especie y no para la humana.

La leche de vaca ha sido utilizada como base para la formulación de leches modificadas para lactantes, tanto en fórmulas de inicio, como en fórmulas de continuación. La particularidad de estas formulaciones es que su composición ha sido ajustada a las recomendaciones nutricionales para lactantes teniendo en cuenta como patrón la leche materna humana. La confección de fórmulas de leches para lactantes debe realizarse bajo las normativas del Comité de Nutrición de la Comisión del Codex Alimentarius de la

³⁰ Organización Mundial de la Salud. *Consejería En lactancia materna. Curso de capacitación.* (1993). P.113. Recuperado de:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf?ua=1

OMS y la FAO el cual se reúne periódicamente, o en su lugar del Comité de Nutrición de la Sociedad de Gastroenterología y Nutrición Europea (ESPGAN) o de la Comisión de la Comunidad Europea para los países miembros.

En general, el objetivo de estas normas es regular la composición de las leches según las recomendaciones de los comités de expertos internacionales. La densidad energética no debe sobrepasar las 75 kcal / dL, el valor medio de proteínas deber ser de 3 g /100 kcal o sea del 10 al 12 % de proteínas en relación con el total de energía.³¹

Las leches de vaca y de otros mamíferos como las cabras o las chivas, contienen mayor densidad energética y proteica que la leche humana, por lo que representan una carga renal de solutos muy elevada que puede favorecer la deshidratación hipernatrémica en los niños, especialmente cuando están enfermos con procesos, como la fiebre y las diarreas, que aumenten las pérdidas de líquidos extrarrenales.

Además, la frecuencia de anemia es mayor ya que la leche de vaca proporciona poco hierro. La leche pasteurizada sin otro tratamiento de dilución puede provocar pérdidas de sangre gastrointestinales por hemorragias microscópicas de la membrana, y las proteínas elevadas y el calcio son potentes inhibidores de la absorción del hierro. La concentración de estos inhibidores es de dos a tres veces más elevada que en las leches modificadas para lactantes.³²

Durante los años 70 y principios de los 80, los comités de nutrición de la Academia Americana de Pediatría, el Codex, la ESPGAN y la Unión Europea, consideraban que tenían consenso para no objetar la leche de vaca a partir de los 6 meses e incluso, algunos

³¹ Díaz-Argüelles Ramírez-Corría, Virginia María. (2005). La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(1) Recuperado el 11 de marzo de 2017, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000100007

³² Ídem.

autores opinaban que esta y la alimentación complementaria podían ser una opción alternativa entre los 4 y 6 meses para los niños sin lactancia materna o leche para lactantes.

Ya a mediados de los 90 y principios de este siglo, a la luz de las investigaciones relacionadas con este tema, los expertos de todo el mundo están de acuerdo en proscribir la leche de vaca entera para los menores de 1 año, por el alto riesgo de deshidratación durante los procesos febriles tan frecuentes a esta edad y por la alta frecuencia de anemia ferropénica, la principal y más común de las deficiencias nutricionales en menores de 2 años de edad, incluso en los países desarrollados.

Otro aspecto a analizar con respecto a la utilización de estas leches, es la ingestión elevada de proteínas durante el primer año de vida. Desgraciadamente tenemos algunos conceptos trasladados de generación en generación en relación con la utilización de las leches y el aporte de proteínas a los niños pequeños. En una cohorte realizado por la *Dra. Mohedano*, en la ciudad de La Habana, donde se evaluó el estado nutricional en 50 recién nacidos durante el primer año de vida, se encontró que el aporte de proteínas durante todo el primer año de vida tuvo una media de 5 g / kg / día hasta el primer año, cuando el recomendado a los 3 meses es de 2,5 g / kg / día y al año de edad entre 1,8 y 2 g / kg / día.³³

Múltiples investigaciones relacionan la ingestión temprana de leche entera de vaca y de proteínas de origen animal con procesos alérgicos y muchas de las manifestaciones respiratorias asmáticas y lesiones en la piel que aparecen en las edades tempranas.³⁴

³³ Ídem.

³⁴ Ídem.

2.15.1 Peligros de la alimentación artificial

- Interfiere con el vínculo afectivo
- Más alergia e intolerancia a la leche
- Mayor riesgo de algunas enfermedades crónicas
- Sobrepeso
- Puntajes menores en las pruebas de inteligencia
- Más diarrea e infecciones respiratorias
- Diarrea persistente
- Desnutrición y deficiencia de vitamina A
- Mayor probabilidad de muerte

Para la madre:

- Puede quedar embarazada más pronto
- Mayor riesgo de anemia, de cáncer de ovario y de cáncer de pecho³⁵

Mientras que la leche materna es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva un mayor consumo de organismos patógenos. La mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos.³⁶

³⁵ Organización Mundial de la Salud. *Consejería En lactancia materna. Curso de capacitación.* (1993).p.9
Recuperado de:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf?ua=1

³⁶ FAO. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo.* Estados Unidos. 2002. Recuperado el 11 de marzo del 2017 de: <http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x>

3. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Área de estudio

Este trabajo de investigación se realizó en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe; en dos instituciones con características diferentes. Una de ellas la *Maternidad Martin*, ubicada en calle San Luis 2020, institución pública de la ciudad que efectúa el mayor número de partos anuales. Su construcción responde a la necesidad de contar con infraestructura para la atención con un modelo de maternidad centrada en la familia que promueve la idea de que la mujer y su entorno tomen un rol activo en el proceso del embarazo, parto, posparto y participen en su desarrollo y evaluación. Está dotada con la más alta tecnología para brindar la mejor atención de los recién nacidos y sus madres. Pertenece al listado de instituciones amigas del niño del país.

La segunda institución en donde se llevó a cabo esta investigación es en el *Sanatorio de la Mujer*, ubicado en calle San Luis 2493, centro de salud que nació en el año 1985 concretando el proyecto de un calificado grupo de profesionales rosarinos empeñados en crear una institución médico asistencial para la mujer. Este nacimiento se materializó con una maternidad totalmente equipada que comenzó a brindar un caudal cada vez mayor de prestaciones en atención de todas las especialidades con servicios de alta complejidad.

3.2 Tipo de estudio

- Descriptivo y observacional
- Transversal
- Cualitativo - cuantitativo

El presente estudio es observacional ya que no hay intervención por parte del investigador, descriptivo debido a que se describen los datos y características de la

población en estudio; y transversal porque permite analizar los datos en un momento determinado.

Además, se utiliza el método cualitativo ya que tiene como objeto la descripción de las cualidades de un fenómeno. La investigación cualitativa permite estudiar la realidad en su contexto natural tal y como sucede; intenta interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas involucradas en una situación determinada; y cuantitativo porque se dedica a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos.

3.3 Población objetivo

La población utilizada para la investigación fueron madres en etapa de lactancia materna entre 20 y 30 años de edad, que concurren a la Maternidad Martin y al Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario.

3.3.1 Universo

Todas las mujeres en periodo de lactancia presentes en el servicio de pediatría de la *Maternidad Martin* y del *Sanatorio de la mujer*, al momento de tomar al azar las muestras de 30 mujeres en cada institución.

3.3.2 Muestra

Dentro del universo se seleccionó una muestra estratificada al azar de 60 mujeres, entre 20 y 30 años de edad, en etapa de lactancia, 30 de ellas se encuestaron en la Maternidad Martin y las otras 30 en el Sanatorio de la Mujer.

3.3.4 Criterios de inclusión

- Mujeres en etapa de lactancia que concurren al servicio de pediatría de la Maternidad Martin y del Sanatorio de la Mujer.

- Madres lactantes entre 20 y 30 años.
- Madres que acepten voluntariamente formar parte de la investigación.

3.4 Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como herramienta principal una encuesta que es una búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea obtener, y posteriormente reúne estos datos individuales de manera gráfica estadística. Con la encuesta se trata de obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en una investigación, y esto sobre una población o muestra determinada.

3.4.1 Instrumentos y procedimientos

El instrumento de recolección de datos ha sido una encuesta compuesta por 14 preguntas diferentes. Este instrumento fue chequeado previamente en un muestreo piloto realizado en un grupo poblacional más reducido de 20 personas, durante el mes de noviembre del año anterior (2016) en la materia Seminario Taller de integración 2. Siendo favorable el resultado obtenido en la efectividad de las preguntas para lograr los objetivos buscados.

Encuesta: el tipo de encuesta utilizado en esta investigación fue una encuesta estructurada; dicotómica (ya que las respuestas son por sí o por no) y de selección múltiple (al haber en algunas preguntas diferentes opciones para elegir); con 14 preguntas diferentes, algunas que indagan la situación sociocultural de la madre, y otras que directamente evalúan las creencias/conocimientos que las madres poseen sobre la lactancia.

La encuesta se realizó en la Maternidad Martín a las madres lactantes, que se encontraban dentro de los rangos de inclusión correspondientes, durante dos semanas del mes de enero, del año 2017, eligiendo 2 días alternativos semanalmente tomados al azar, y concurriendo

en distintos horarios. Y en el Sanatorio de la Mujer las encuestas se realizaron durante el mes de abril del 2017, concurriendo de la misma manera, es decir, por 2 semanas, 2 días al azar y en distintos horarios, para evitar sesgos de selección de días sobre la población seleccionada.

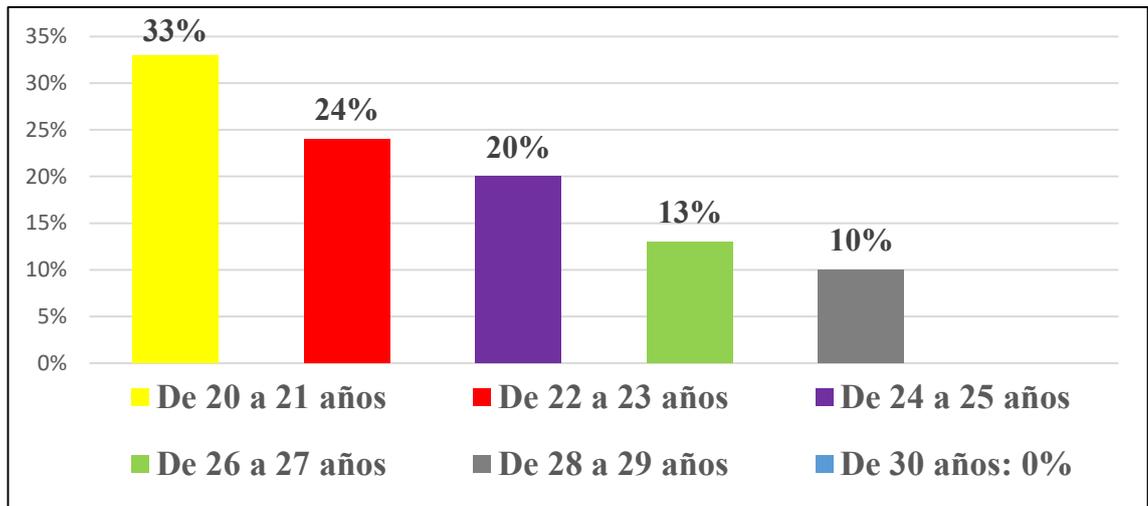
3.4.2 Procesamiento de los datos

Luego de la realización de las 60 encuestas, 30 en cada institución, se analizaron los datos estadísticamente y se realizaron los gráficos correspondientes a cada pregunta, comparando los resultados de los dos lugares para tener una mejor visión de las diferencias encontradas.

4. RESULTADOS

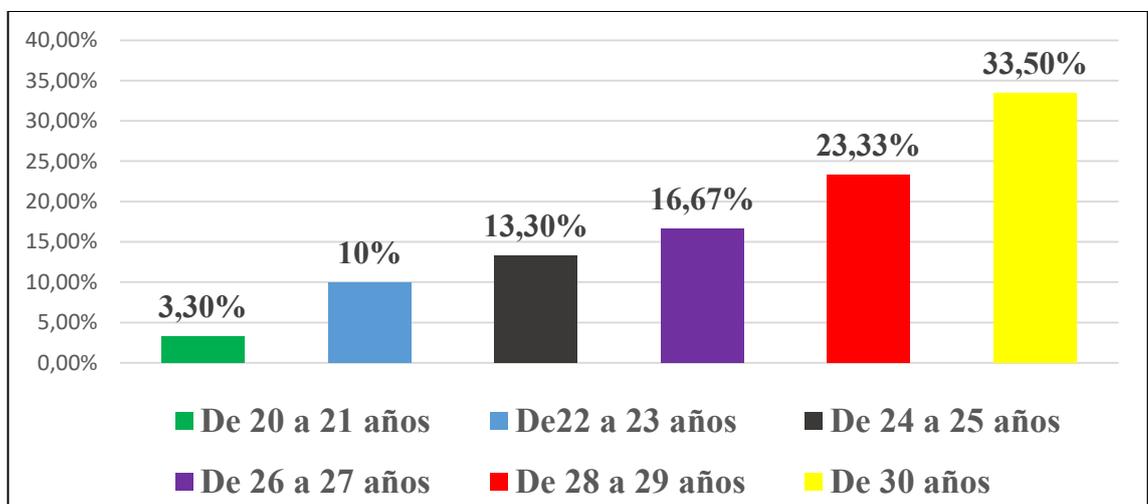
La información de los siguientes gráficos fue obtenida a través de la encuesta realizada a 60 madres en etapa de lactancia que asisten al servicio de pediatría de la Maternidad Martin, y del Sanatorio de la Mujer, tomando una muestra de 30 mujeres en cada institución.

Gráfico N° 1: Edad de las madres encuestadas en la Maternidad Martin



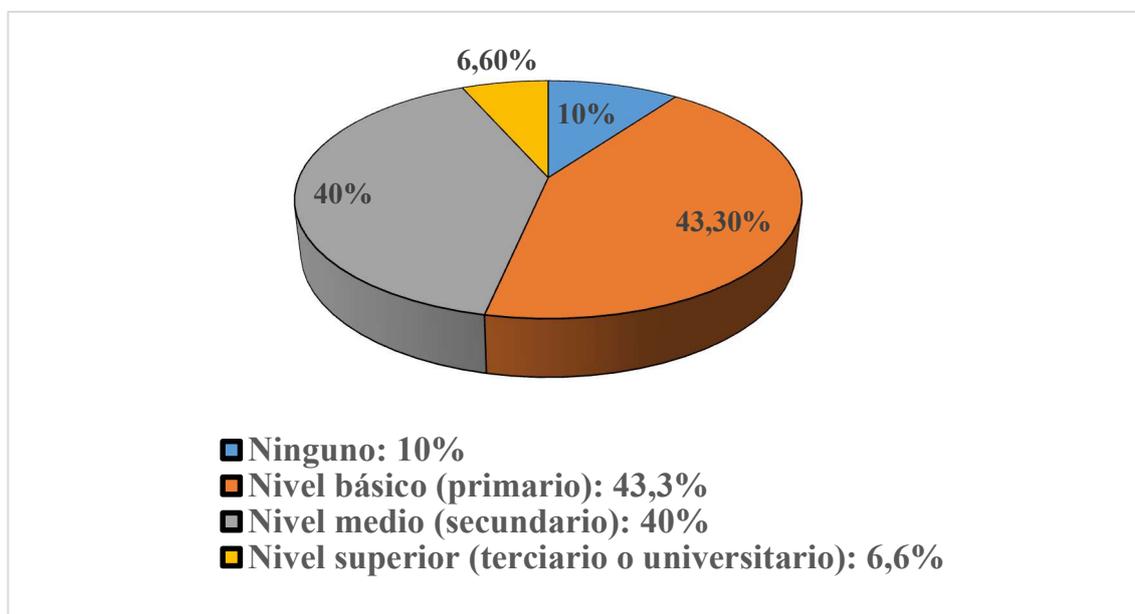
El gráfico anterior refleja que más del 50% de las mujeres encuestadas en la Maternidad poseen menos de 25 años.

Gráfico N° 2: Edad de las madres encuestadas del Sanatorio de la Mujer



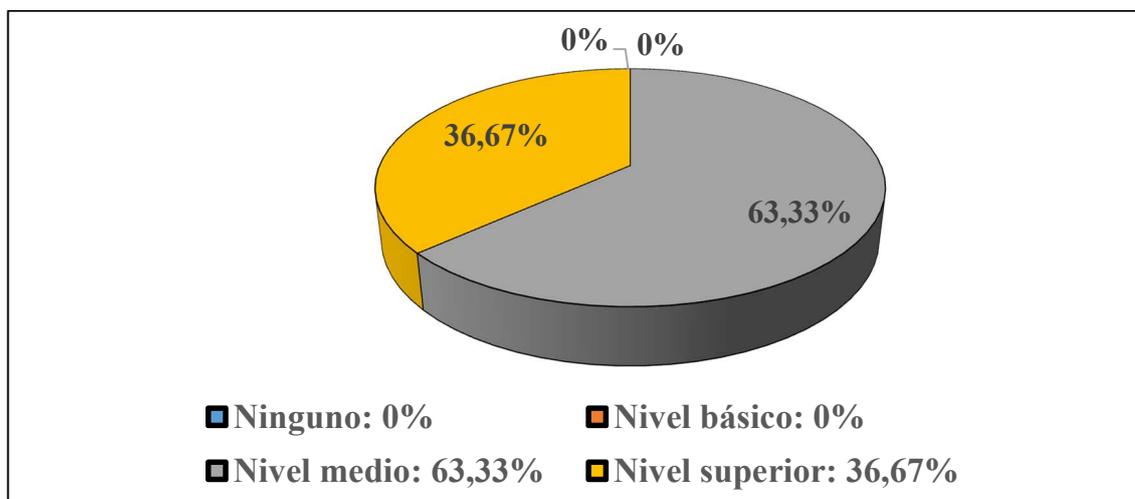
El gráfico anterior muestra que más del 70% de las mujeres encuestadas del Sanatorio son mayores a 25 años.

Gráfico N° 3: Nivel de escolaridad finalizado de las mujeres de la maternidad



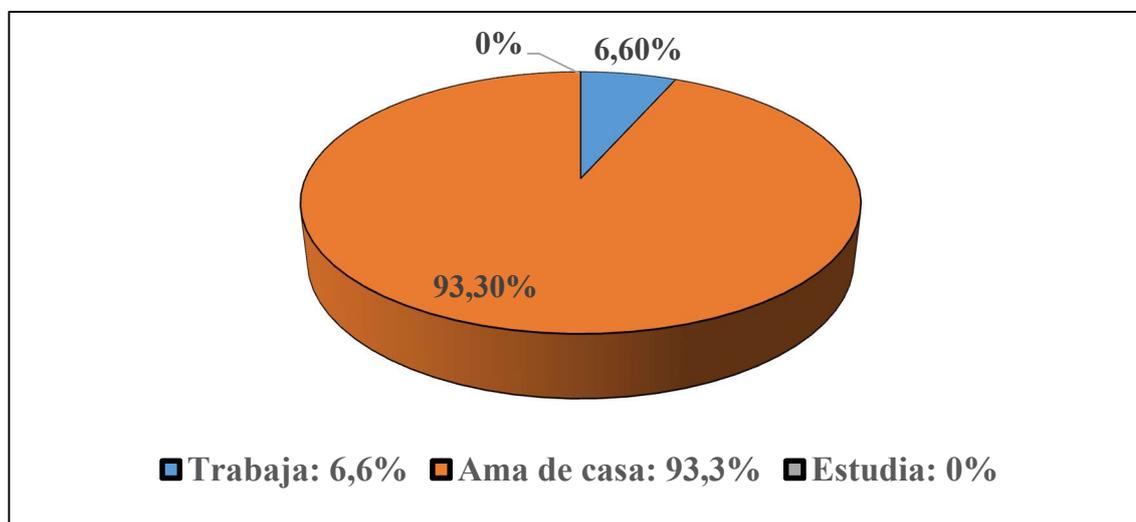
El mayor porcentaje corresponde al nivel básico culminado, es decir únicamente a la primaria, representado por un 43.3% de las mujeres encuestadas.

Gráfico N° 4: Nivel de escolaridad finalizado de las mujeres del Sanatorio de la Mujer



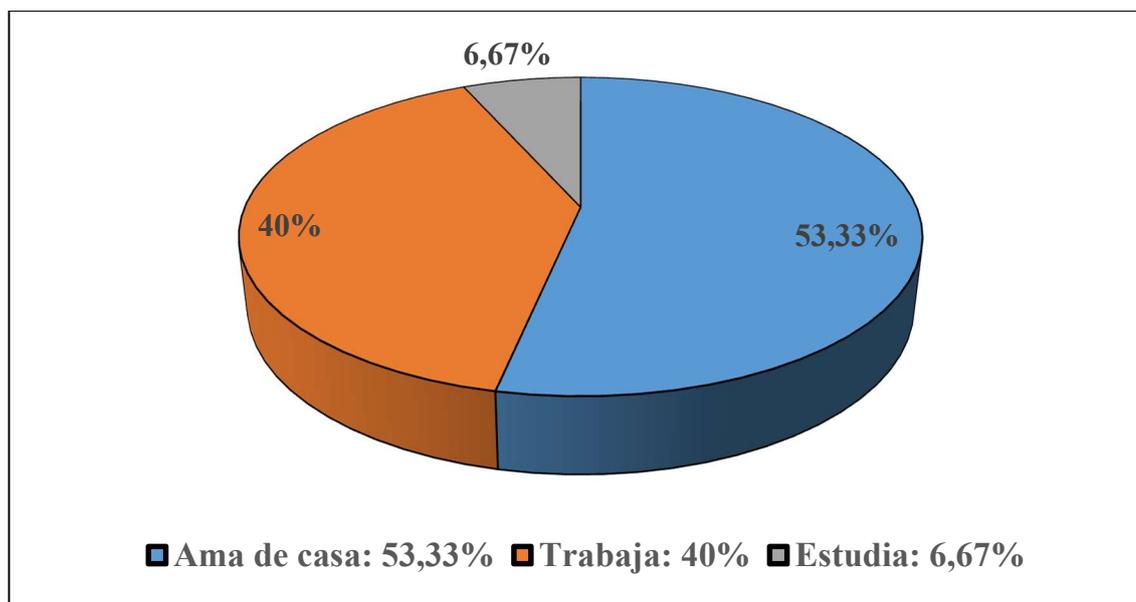
En el gráfico anterior el porcentaje mayoritario, es decir el 63.33% lo representan mujeres con el nivel medio culminado, o sea con el secundario completo.

Gráfico N° 5: Ocupación de las madres de la Maternidad



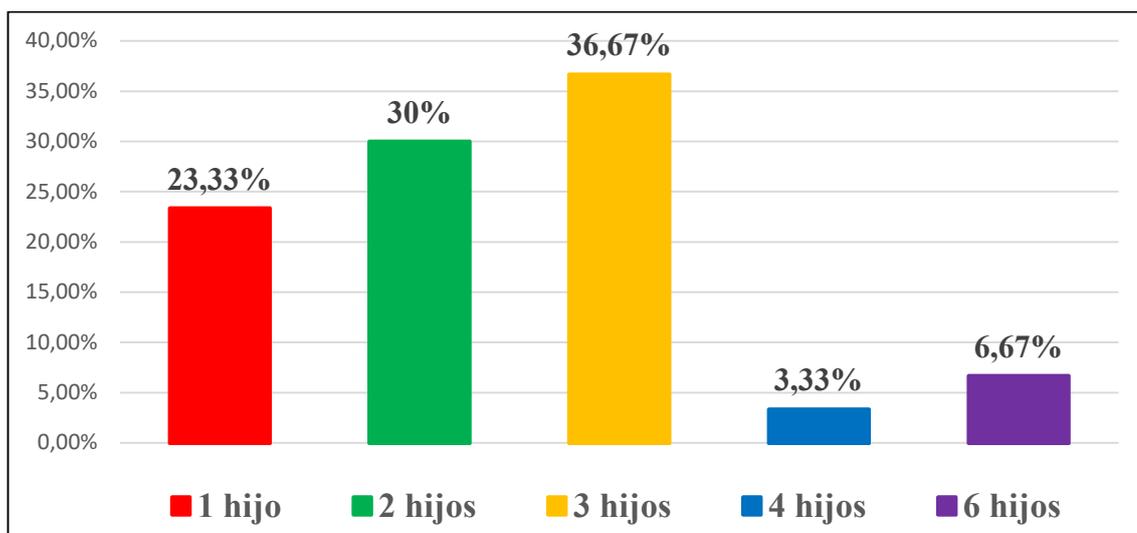
El mayor porcentaje de las madres de la Maternidad son amas de casa, y sólo el 6.6% trabajan.

Gráfico N° 6: ocupación de las madres del Sanatorio de la Mujer.



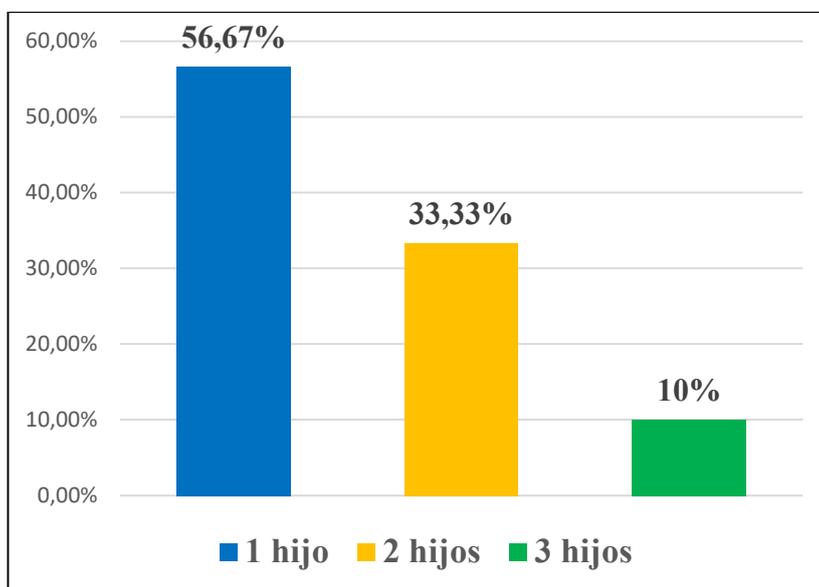
El 53.33% de las madres del Sanatorio de la mujer son amas de casa, un 40% trabajan y sólo un 6.67% estudia.

Gráfico N° 7: Cantidad de hijos de las madres de la Maternidad



En la Maternidad Martin el 36.70% de las mujeres encuestadas (porcentaje mayoritario) tienen 3 hijos, le siguen con 30% las mujeres con 2 hijos, es decir que más del 50% tienen más de un hijo.

Gráfico N° 8: cantidad de hijos de las madres del Sanatorio



En el Sanatorio de la Mujer más del 50% lo representan mamás sólo con un hijo.

Gráfico N° 9: meses cumplidos del lactante en la Maternidad

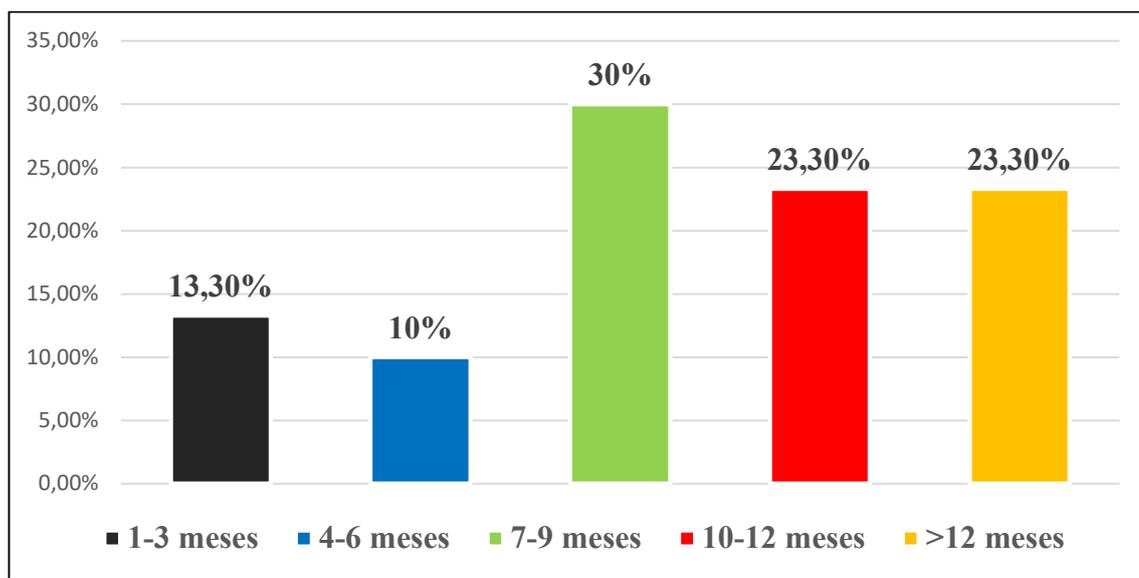
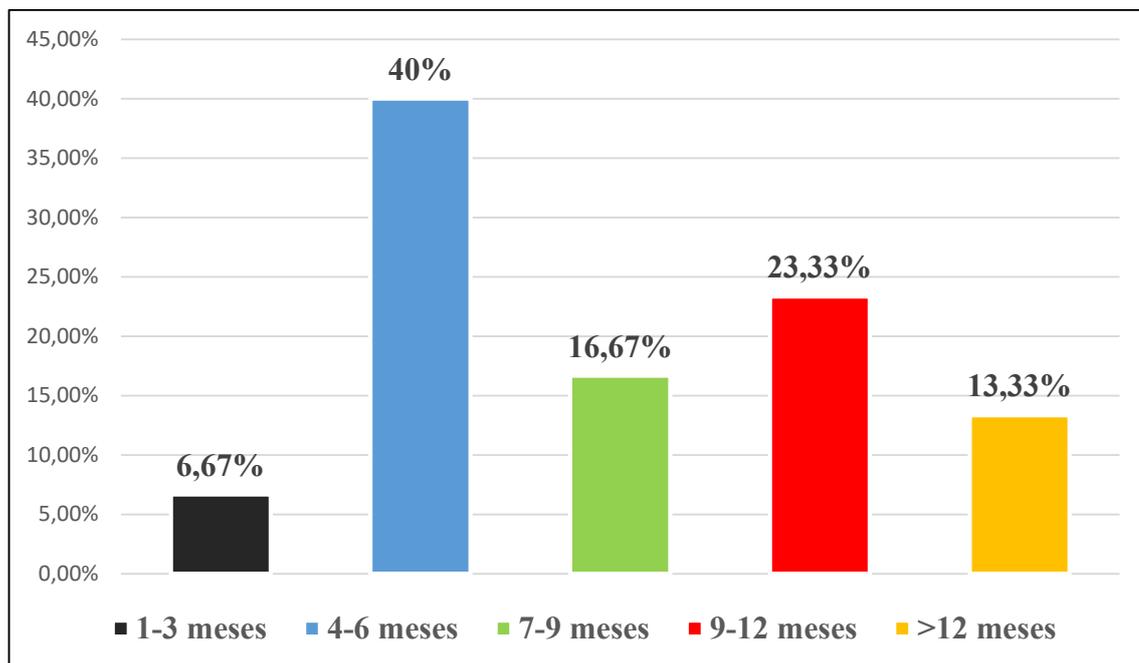


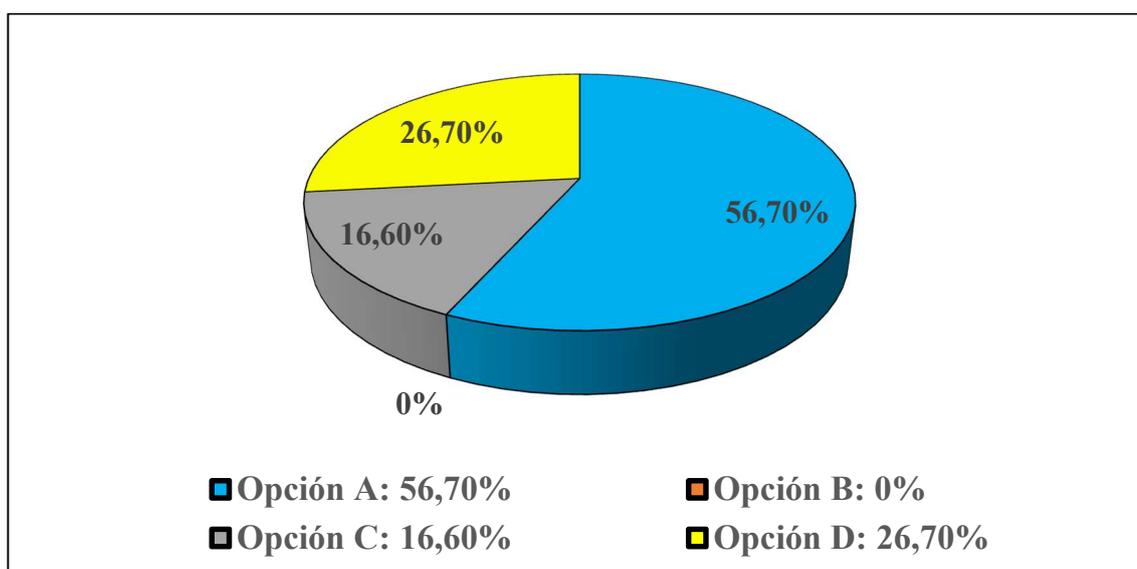
Gráfico N° 10: meses cumplidos del lactante del Sanatorio



***Opciones de respuesta a los gráficos siguientes (gráfico 11 y gráfico 12):**

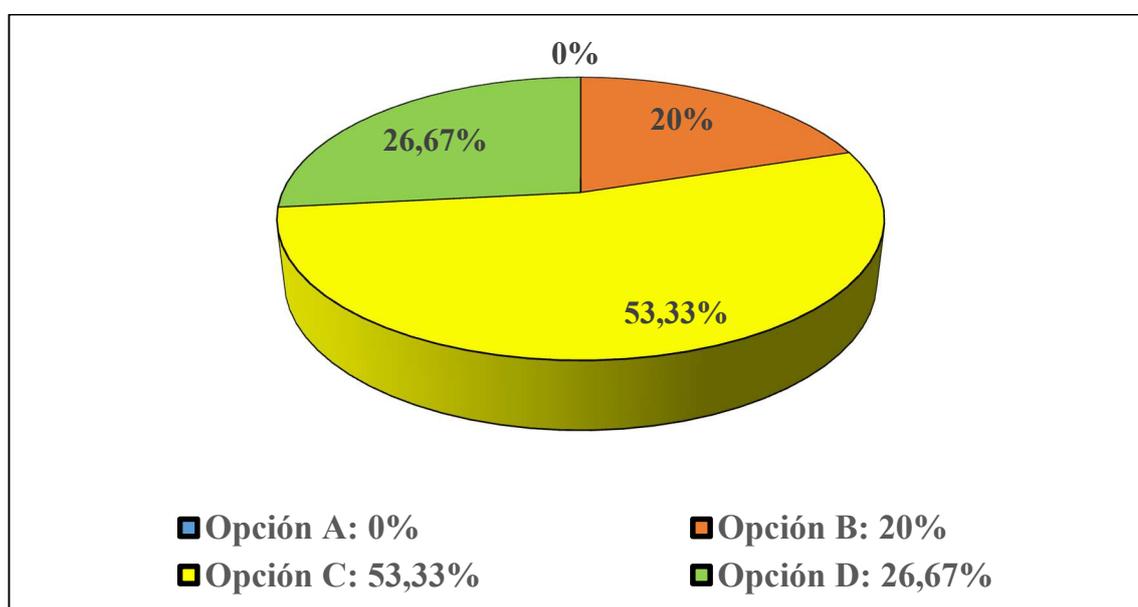
- A. Brindar al bebé pecho materno, papillas, agua e infusiones desde su nacimiento hasta los 2 años de edad.
- B. Brindar al bebé únicamente pecho materno a libre demanda, es decir, cada vez que el bebé lo necesite, con excepción de medicinas, vitaminas o gotas de minerales; desde su nacimiento hasta los 4 meses de edad, continuando con la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.
- C. Brindar al bebé únicamente pecho materno a libre demanda, es decir, cada vez que el bebé lo necesite, con excepción de medicinas, vitaminas o gotas de minerales; desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad, continuando con la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.
- D. Brindar al bebé pecho materno y agua e infusiones tipo té, sin incluir ningún otro alimento, desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad, continuando con la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.

Gráfico N° 11: Conocimiento de las madres de la Maternidad Martín sobre el significado de lactancia materna exclusiva



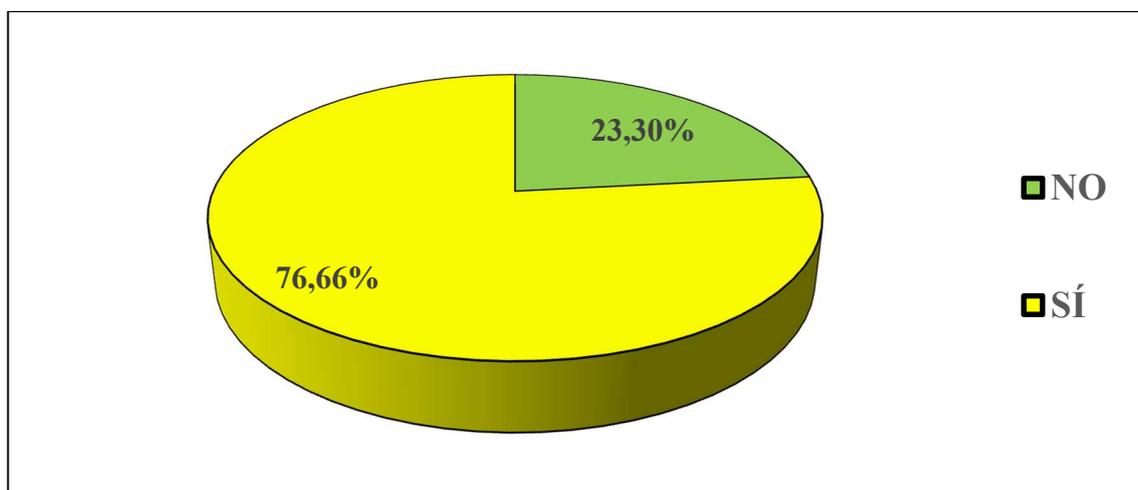
Podemos observar en el gráfico anterior que del total de las madres encuestadas en la maternidad más del 50 % optaron por la opción A, considerando por lactancia materna exclusiva el hecho de amamantar hasta los 2 años de edad del bebé, luego un 26.7 % eligió la opción D, y un 16.6% eligió la opción C, es decir la opción correcta representado sólo por 5 mamás.

Gráfico N°12: Conocimiento de las madres del Sanatorio de la Mujer sobre el significado de lactancia materna exclusiva



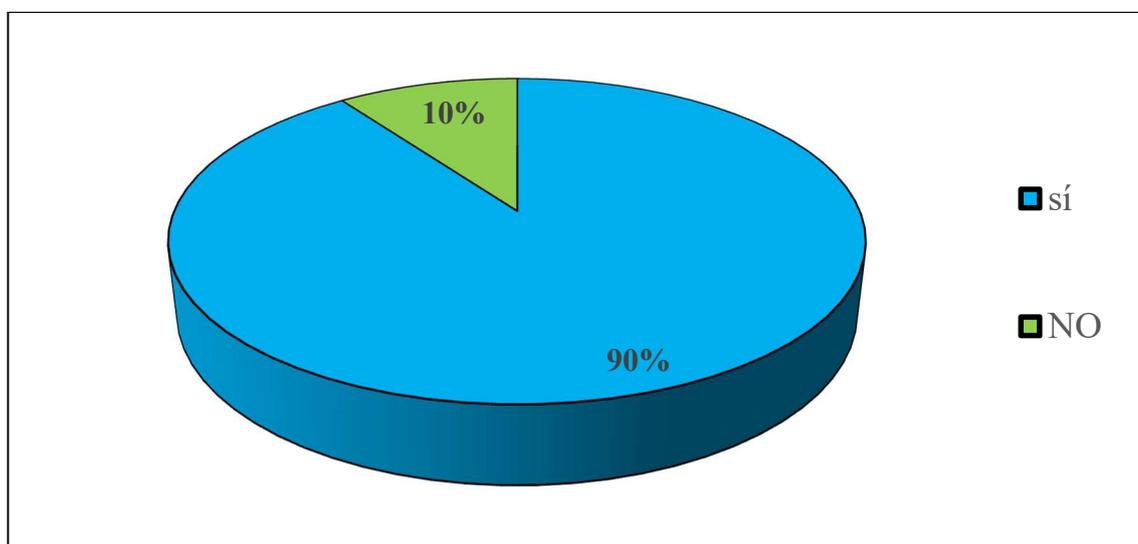
El gráfico muestra que del total de las madres encuestadas en el sanatorio, el mayor porcentaje eligió la opción correcta, es decir la opción C con un 53.33%, representado por 16 mamás. El porcentaje restante optó por la opción D con un 26.67%, y por la opción B con un 20%.

Gráfico N° 13: ¿Le ha dado el pecho materno a su bebé? Madres encuestadas de la Maternidad.



El gráfico muestra que de las 30 madres encuestadas de la maternidad, 23 mamás brindaron el pecho materno.

Gráfico N° 14: ¿Le ha dado el pecho materno a su bebé? Madres encuestadas del Sanatorio.



El gráfico anterior muestra que de las 30 mamás encuestadas del sanatorio, 27 mamás dieron el pecho a sus bebés.

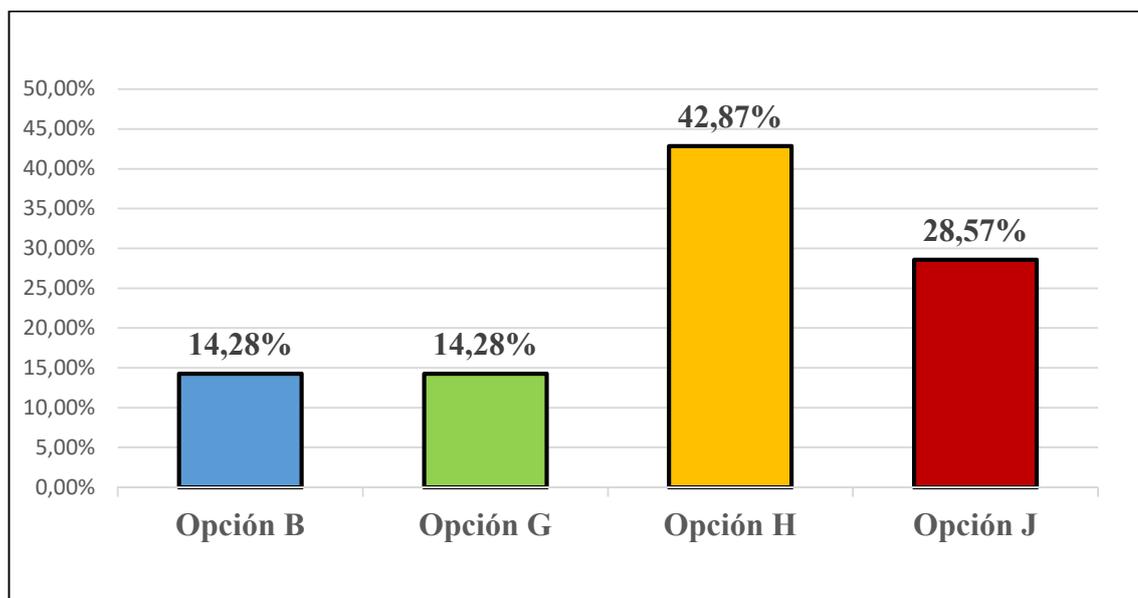
***Opciones de respuesta a los gráficos siguientes (gráfico N°15 y N°16):**

Causas por las cuales las madres no brindaron el pecho materno a su bebé:

- A. Porque el horario laboral dificultó la lactancia, imposibilitándola.
- B. Porque a su criterio el pecho materno no es necesario.
- C. Porque considera que la lactancia materna perjudica al bebé.
- D. Por razones estéticas a la hora de amamantar.
- E. Porque sintió mucho dolor al intentar brindar el pecho materno.
- F. Porque cree que las fórmulas infantiles son mejores que el pecho materno.
- G. Por indicación médica.
- H. Porque cree que su producción láctea no es suficiente para el bebé y consideró que no tuvo suficiente leche.
- I. Por tradición familiar y elección de mamadera en lugar de pecho materno.
- J. Otras causas.

Gráfico N° 15: Causas por las cuales las madres de la Maternidad no brindaron el pecho materno a su bebé

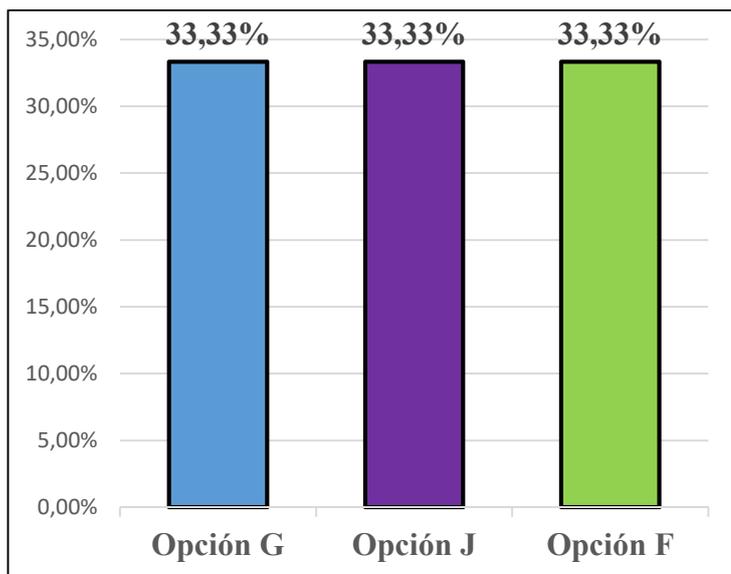
(Considerando las 7 mujeres de la Maternidad Martin que no les brindaron el pecho a sus bebés como el 100 %)



De las 7 mujeres que no dieron el pecho a sus bebés, una de las encuestadas considera que el pecho materno no es necesario por lo cual eligió la opción B, otra de las madres eligió la opción G, es decir que no brindó el pecho a su hijo por indicación médica, 3 mamas, es decir el 42.87 % no practicaron la lactancia porque consideran que su producción láctea no es suficiente para el bebé y que no han tenido suficiente leche, y 2 mamas eligieron la opción J, considerando “otras causas”.

Gráfico N° 16: Causas por las cuales las madres del Sanatorio no brindaron el pecho materno a su bebé

(Considerando a las 3 mujeres del Sanatorio de la Mujer que no les brindaron el pecho a sus bebés como el 100%)



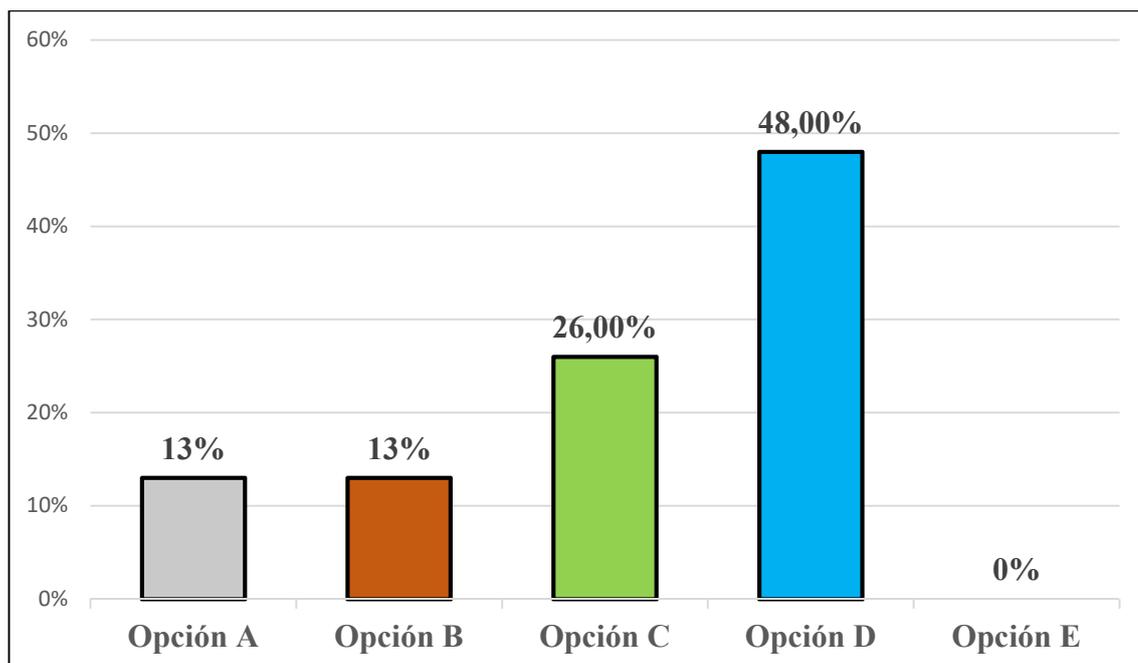
De las 3 mujeres del Sanatorio de la Mujer, una eligió la opción F considerando mejor a las fórmulas infantiles, y las otras dos, la opción B “por indicación médica”, y la opción J “otras causas”.

***Opciones de respuesta a los gráficos siguientes (N°17 y N° 18):**

- A. Hasta los 2 meses
- B. Hasta los 3 meses
- C. Hasta los 4 meses
- D. Hasta los 6 meses
- E. Hasta el año

Gráfico N° 17: ¿Hasta qué edad tiene pensado alimentar de forma exclusiva a su bebé? O ¿Hasta qué edad lo amamantó de forma exclusiva? (Es decir brindándole solo pecho materno). Mamas encuestadas de la Maternidad.

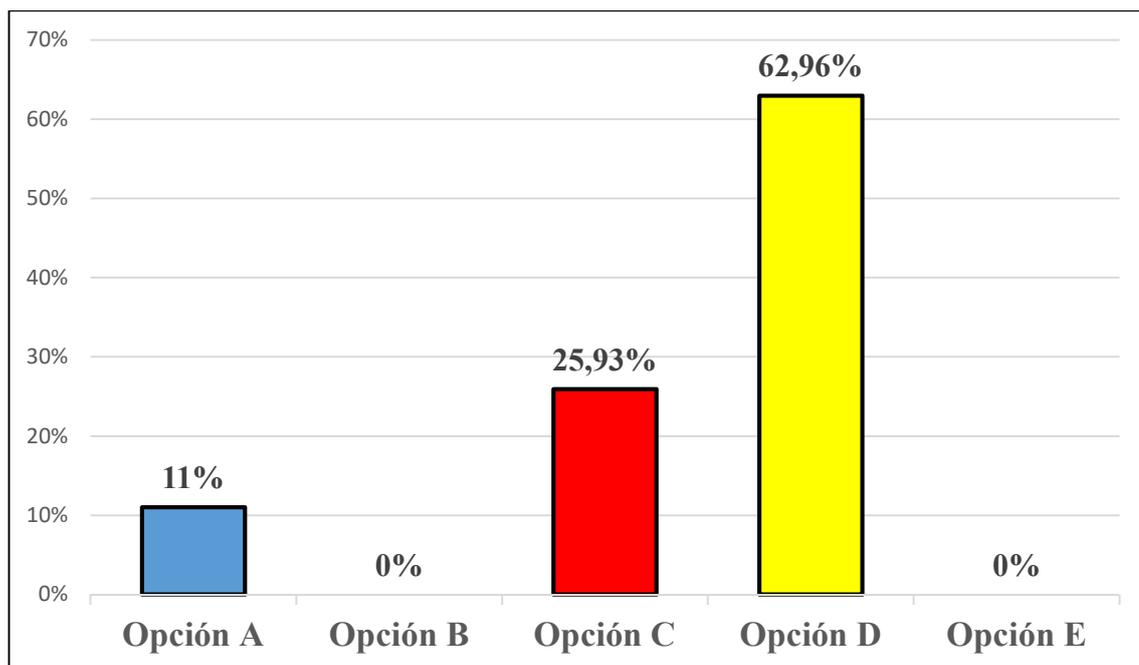
(Considerando las 23 mujeres de la Maternidad Martin que respondieron que sí brindaron el pecho materno a sus bebés como el 100%)



El gráfico anterior refleja que más del 50% de las mujeres encuestadas de la maternidad consideran sólo la LME hasta los 4, 3 o 2 meses de edad del bebé; y un 48% hasta los 6 meses de edad.

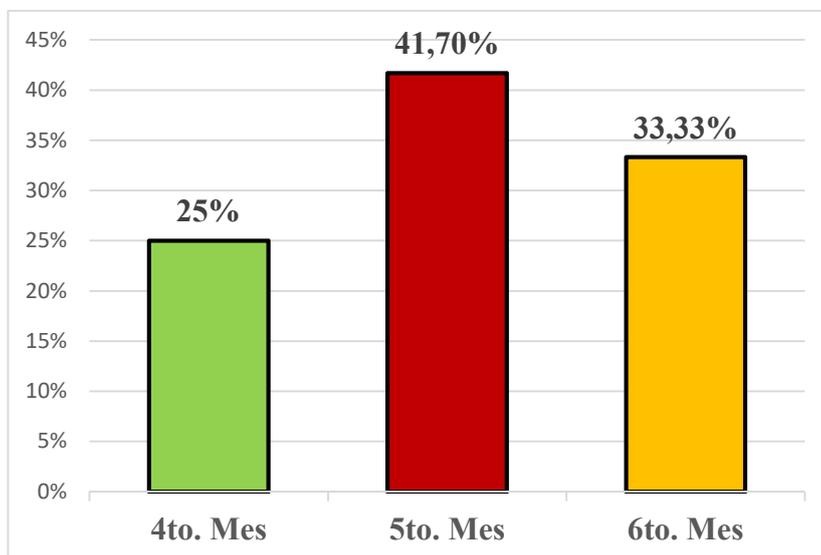
Gráfico N° 18: ¿Hasta qué edad tiene pensado alimentar de forma exclusiva a su bebé? O ¿Hasta qué edad lo amamantó de forma exclusiva? (Es decir brindándole solo pecho materno). Mamas encuestadas del Sanatorio.

(Considerando las 27 mujeres del sanatorio que consideraron que sí brindaron el pecho materno a sus bebés):



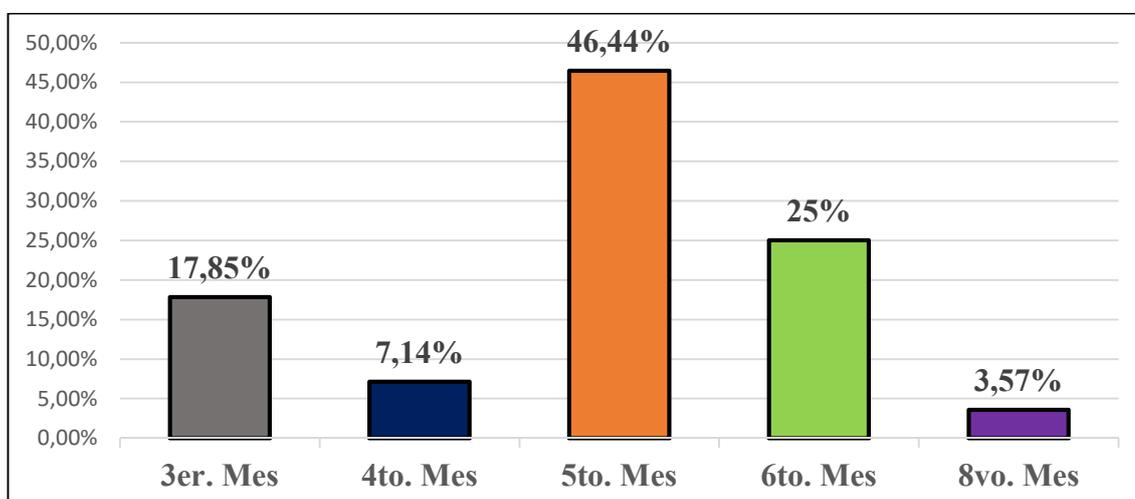
El gráfico anterior refleja que el mayor porcentaje de las mamás encuestadas en el Sanatorio consideran la LME hasta los 6 meses de edad del bebé, un 25.93% hasta los 4 meses de edad, y un 11% hasta los 2 meses de edad.

Gráfico N° 19: ¿Su bebé consume agua e infusiones tipo té? ¿Desde qué mes? / O ¿desde qué mes piensa brindarle agua e infusiones tipo té? Mamas encuestadas de la maternidad.



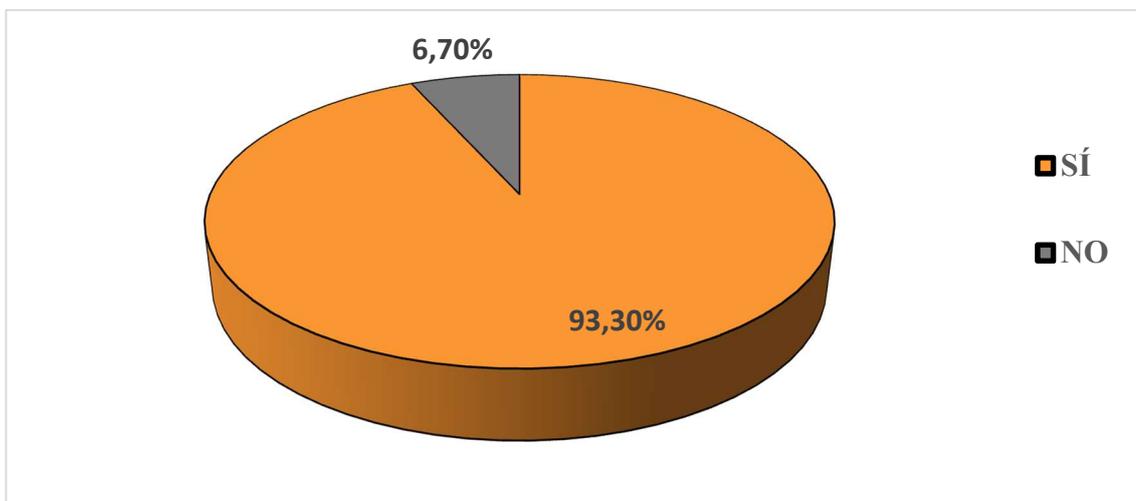
Se pone en evidencia que el porcentaje mayoritario considera oportuno el 5to.mes del lactante como el mes oportuno para la incorporación de estos líquidos en su alimentación, un 33% optó por el sexto mes, y un 25% por el 4to.mes.

Gráfico N° 20: ¿Su bebé consume agua e infusiones tipo té? ¿Desde qué mes? / O ¿desde qué mes piensa brindarle agua e infusiones tipo té? Mamas encuestadas del Sanatorio.



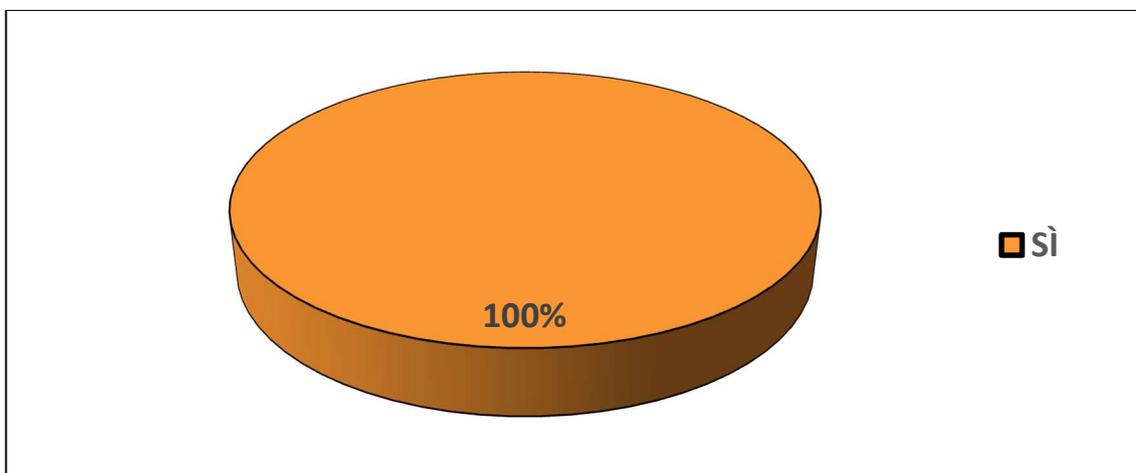
En el gráfico anterior podemos observar que el mayor porcentaje de las madres encuestadas del sanatorio, considera oportuno el 5to.mes del lactante como el mes óptimo para brindarle estos líquidos, un 25% optó por el sexto mes, y el porcentaje restante optó por el 3er., 4to. y 8vo. mes del lactante como el mes indicado.

Gráfico N° 21: ¿Conoce todos los beneficios que tiene para el bebé el hecho de amamantarlo? Madres de la Maternidad.



Según el gráfico anterior de las 30 mamás encuestadas en la Maternidad 28 respondieron afirmativamente.

Gráfico N° 22: ¿Conoce todos los beneficios que tiene para el bebé el hecho de amamantarlo? Madres del Sanatorio.



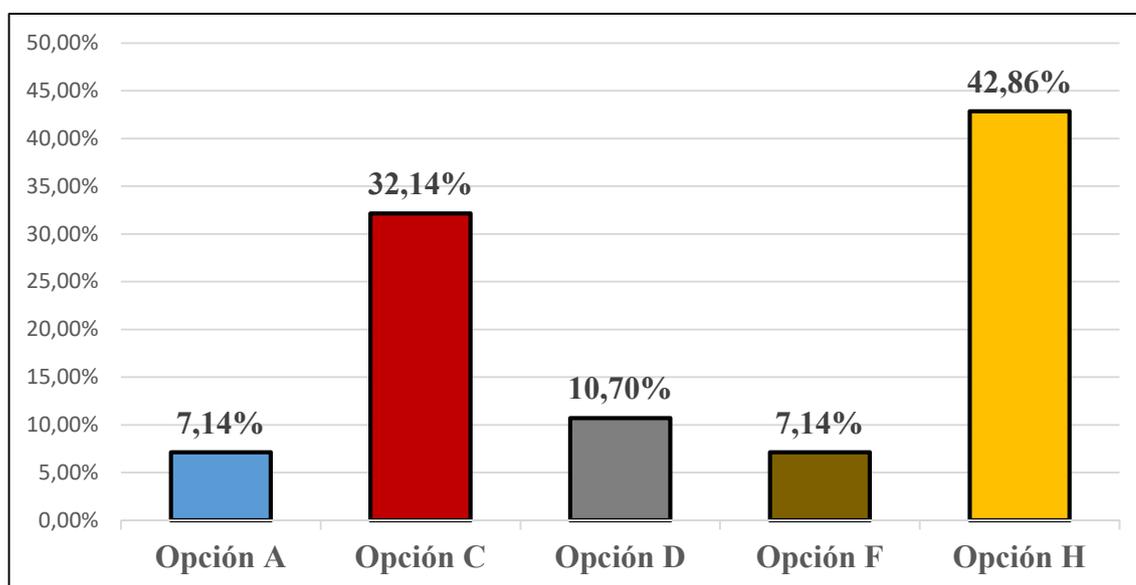
Según el gráfico anterior las 30 madres encuestadas en el Sanatorio respondieron de forma afirmativa.

***Opciones de respuesta a los siguientes gráficos (N°23 y N° 24):**

- A. La leche le llega al lactante en forma estéril y a temperatura ideal.
- B. Favorece un mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- C. Aumenta el sistema de defensa del bebé; y brinda contención a sus necesidades emocionales.
- D. Le brinda una nutrición óptima, especialmente para el desarrollo del Sistema Nervioso Central; y contención a sus necesidades emocionales.
- E. Genera una menor incidencia de desnutrición infantil, infecciones y alergias respiratorias y digestivas.
- F. Genera una menor incidencia de distintas enfermedades como la enfermedad celíaca.
- G. El vínculo de la lactancia satisface las necesidades emocionales del bebé.
- H. Todas son correctas.

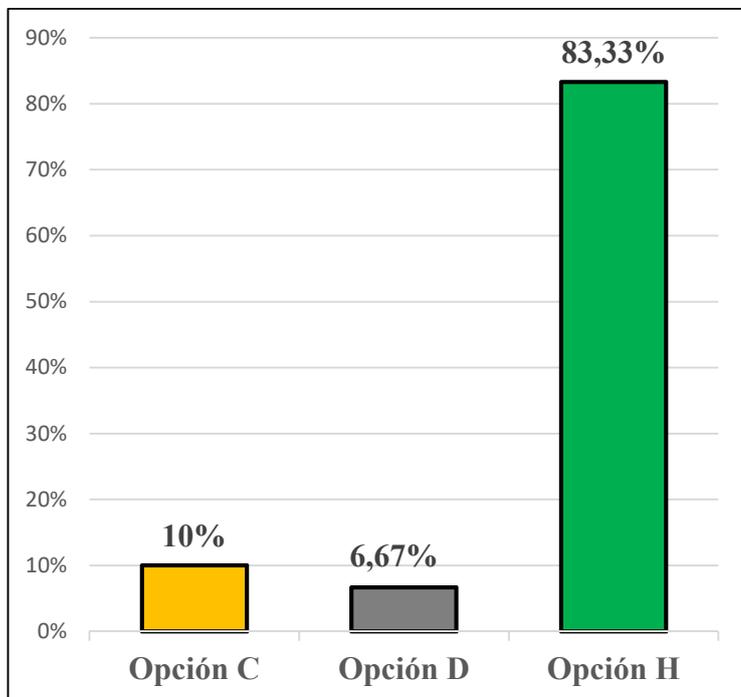
Gráfico N° 23: ¿Cuál de las siguientes opciones considera correctas según sus conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna para su bebé?

Considerando las 28 mujeres de la Maternidad Martin que respondieron afirmativamente como el 100%



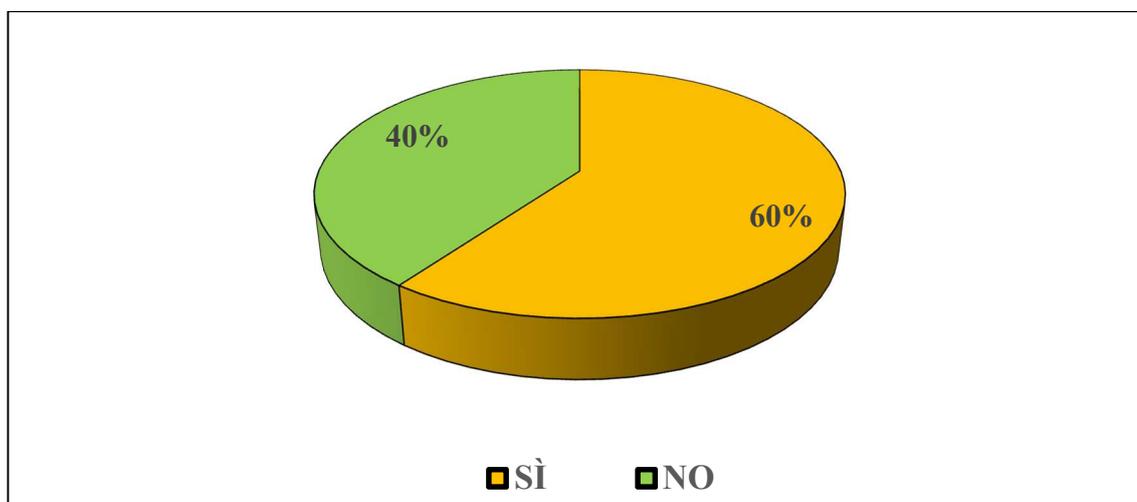
Podemos observar en el gráfico anterior que el mayor porcentaje de las mujeres de la maternidad eligieron la opción correcta, es decir la H, la cual considera “todas son correctas” con un 42.86% de las encuestadas, le sigue la opción C “Aumenta el sistema de defensa del bebé; y brinda contención a sus necesidades emocionales” con un 32.14% de la muestra, y el porcentaje restante corresponde a la opción D, F y A.

Gráfico N° 24: ¿Cuál de las siguientes opciones considera correctas según sus conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna para su bebé? Mujeres del Sanatorio:



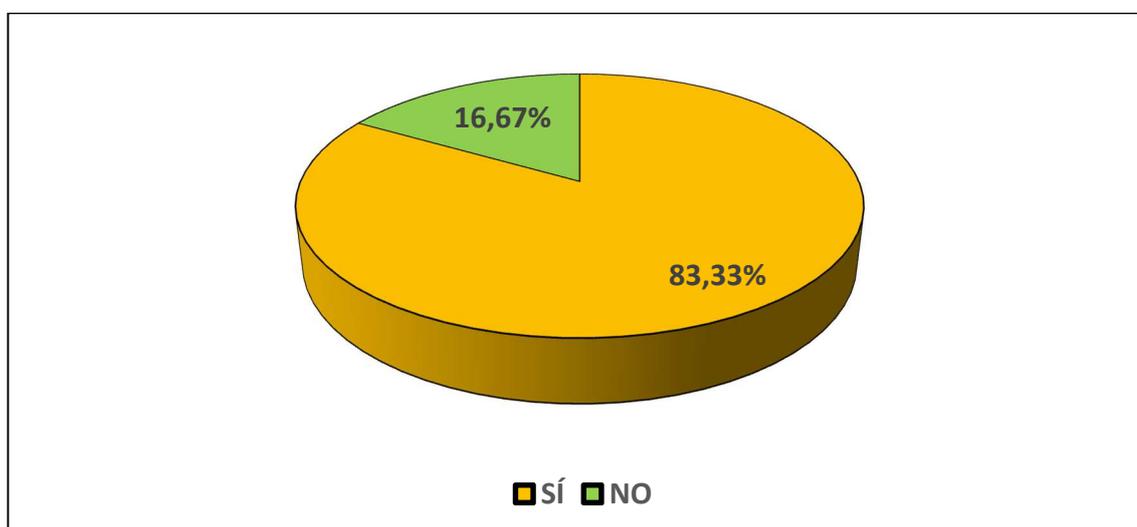
El gráfico refleja que el mayor porcentaje de las mamás encuestadas del Sanatorio optaron por la opción H, la opción correcta “todas son correctas” con un 83.33% de la muestra, le siguen la opción C con un 10% y la opción D con un 6.67%.

Gráfico N° 25: ¿Conoce todos los beneficios que tiene para usted el hecho de amamantar? Madres de la Maternidad.



Según el gráfico el 60% de las madres de la maternidad conocen todos los beneficios que brinda la lactancia materna para ellas mismas.

Gráfico N° 26: ¿Conoce todos los beneficios que tiene para usted el hecho de amamantar? Madres del Sanatorio.



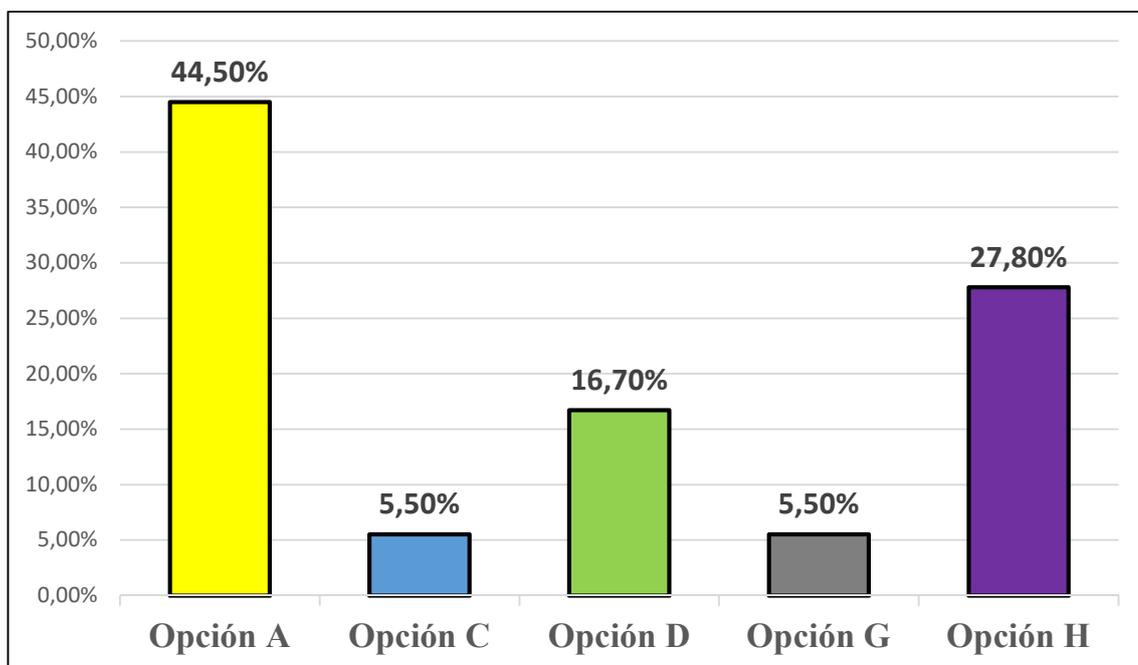
Según el gráfico el 83,33% de las madres del sanatorio saben sobre todos los beneficios que brinda la lactancia materna para ellas mismas.

***Opciones de respuesta a los siguientes gráficos (N° 27 y N° 28):**

- A.** Favorece el restablecimiento del vínculo madre-hijo.
- B.** Menor sangrado posparto.
- C.** Menor grado subsiguiente de padecer anemia.
- D.** Mayor esparcimiento entre embarazos (postergación de la primera ovulación posparto); y ayuda a disminuir el peso corporal.
- E.** Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico, y de padecer depresión posparto.
- F.** Menor riesgo de padecer depresión posparto.
- G.** Ayuda a disminuir el peso corporal
- H.** Todas son correctas.

Gráfico N° 27: ¿Cuál de las siguientes opciones considera correctas según sus conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna para usted?

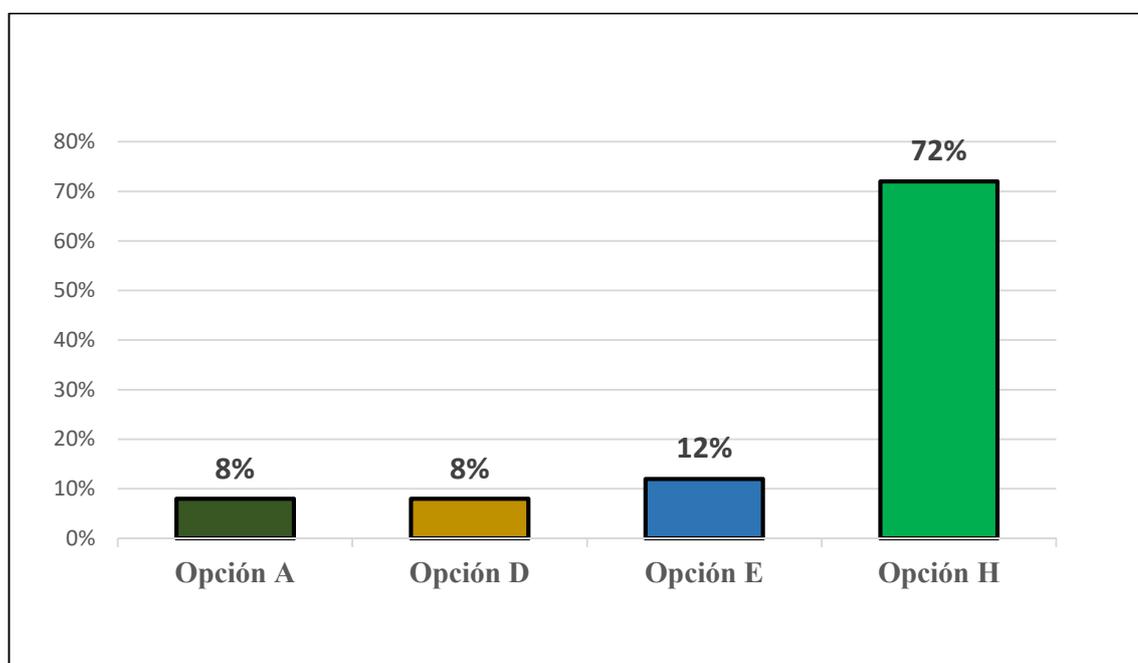
Considerando las 18 mujeres que representan el 60% que respondió afirmativamente como el 100%



El gráfico anterior refleja que en la Maternidad el 44.50% de las mujeres que respondieron que conocían todos los beneficios de la LM para ellas mismas, consideró la opción A como la correcta, es decir la que afirma que la lactancia materna favorece el restablecimiento del vínculo madre-hijo, y sólo el 27.80% eligió la opción correcta, es decir la opción H que considera todas las opciones correctas.

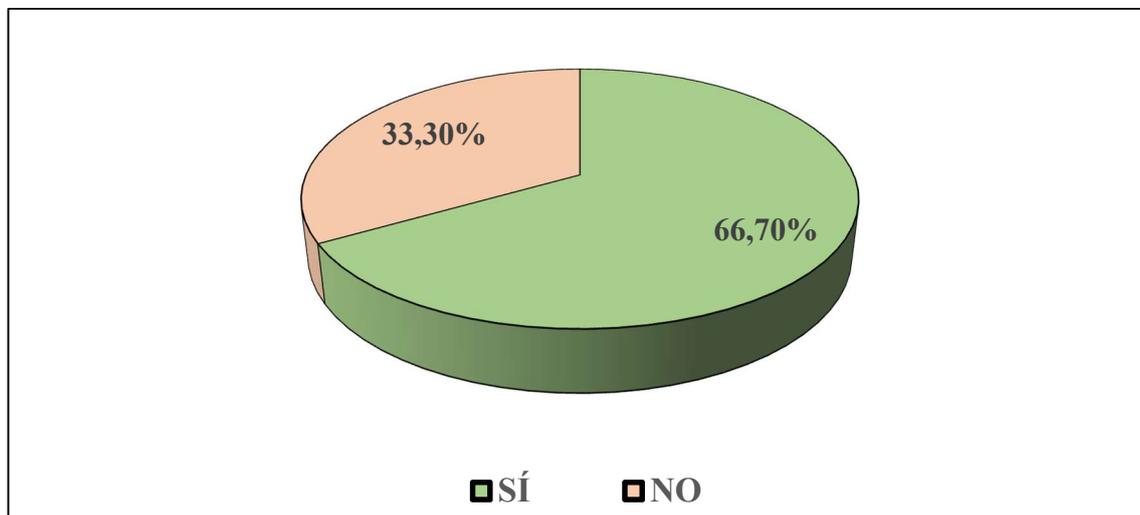
Gráfico N° 28: ¿Cuál de las siguientes opciones considera correctas según sus conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna para usted?

Considerando las 25 mujeres que respondieron afirmativamente como el 100%



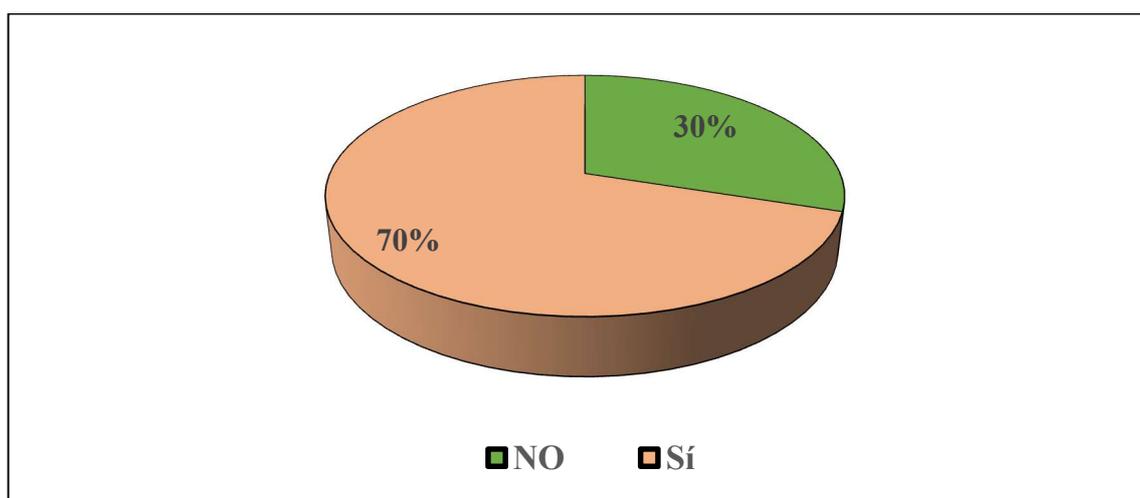
Podemos observar que el mayor porcentaje de las madres del sanatorio eligió la opción H, es decir la opción correcta que considera “todas son correctas” con un 72 % de la muestra.

Gráfico N° 29: ¿Considera que ha recibido suficiente información sobre la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud que usted se ha atendido? Madres de la Maternidad.



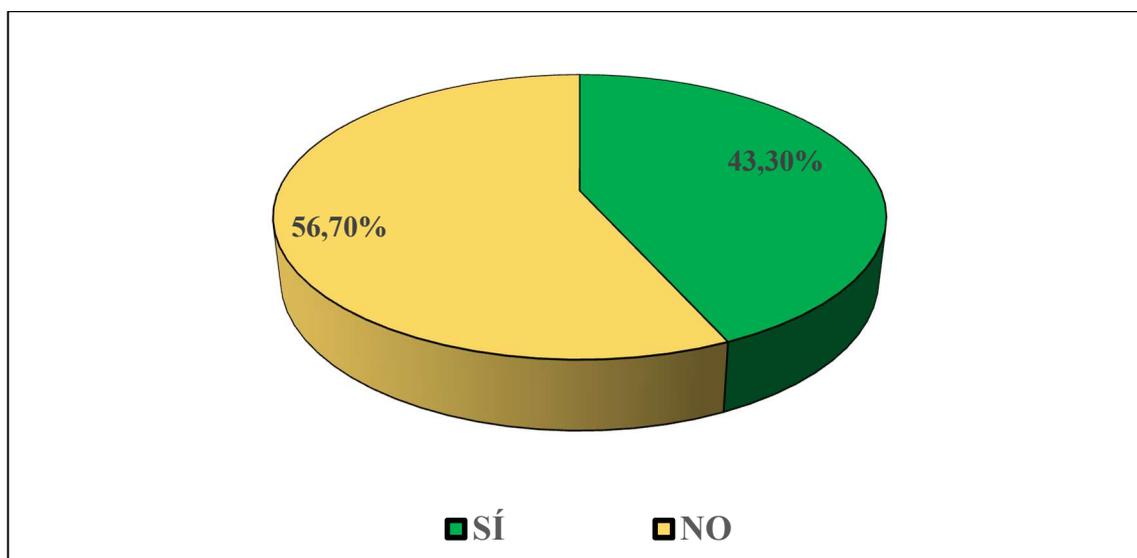
El Gráfico muestra que más del 50% considera que ha recibido suficiente información sobre la lactancia materna por parte del personal de salud que se ha atendido.

Gráfico N° 30: ¿Considera que ha recibido suficiente información sobre la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud que usted se ha atendido? Madres del Sanatorio.



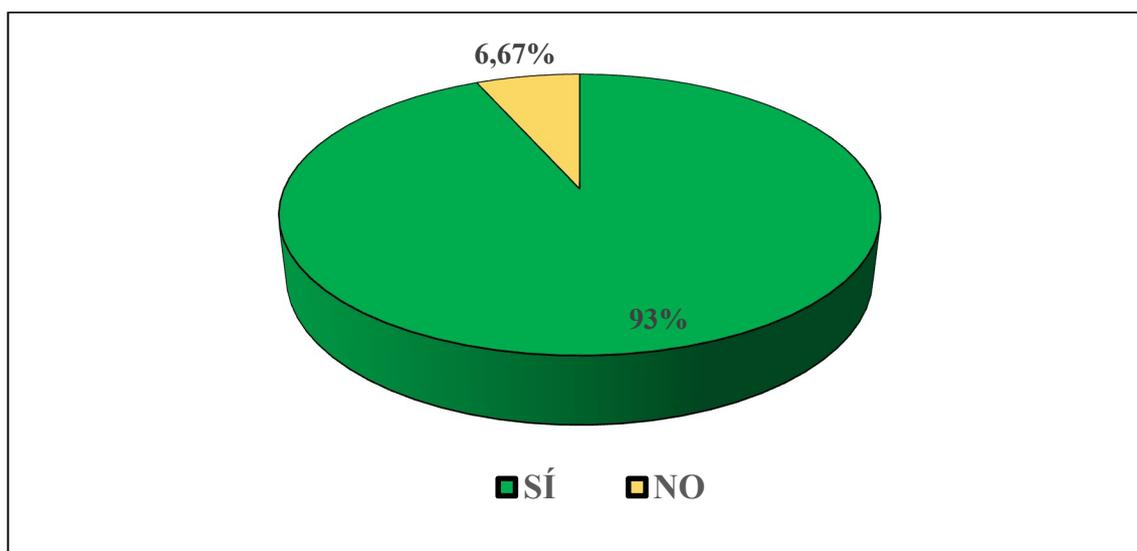
El gráfico refleja que un 70% de las mujeres encuestadas del sanatorio consideran que han recibido suficiente información por parte del personal de salud que se ha atendido.

Gráfico N° 31: ¿Usted ha buscado información sobre la lactancia materna? Madres de la Maternidad.



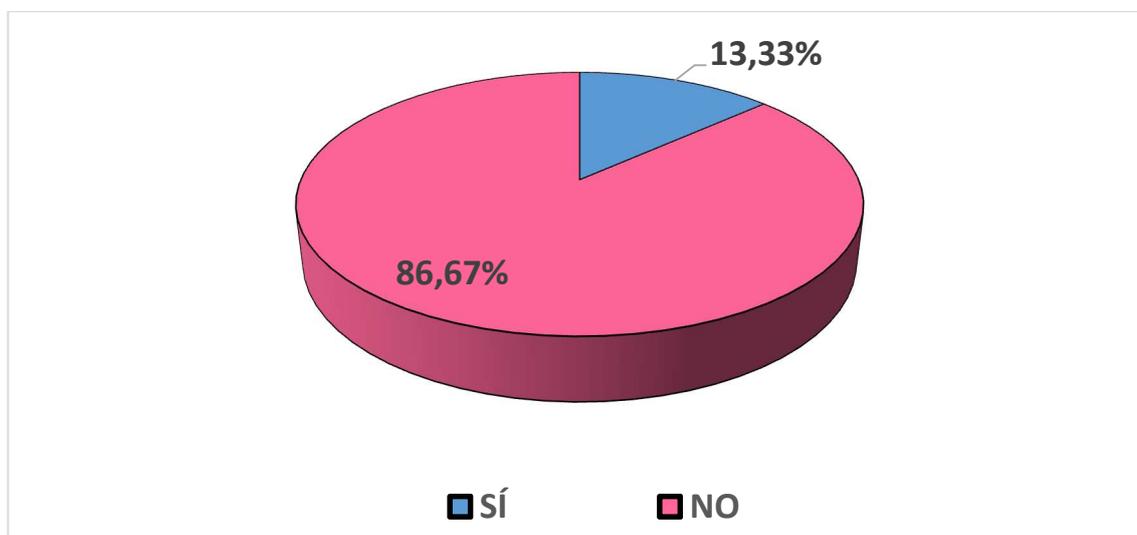
El gráfico muestra que más del 50% de las madres de la maternidad no ha buscado información sobre la lactancia materna.

Gráfico N° 32: ¿Usted ha buscado información sobre la lactancia materna? Madres del Sanatorio.



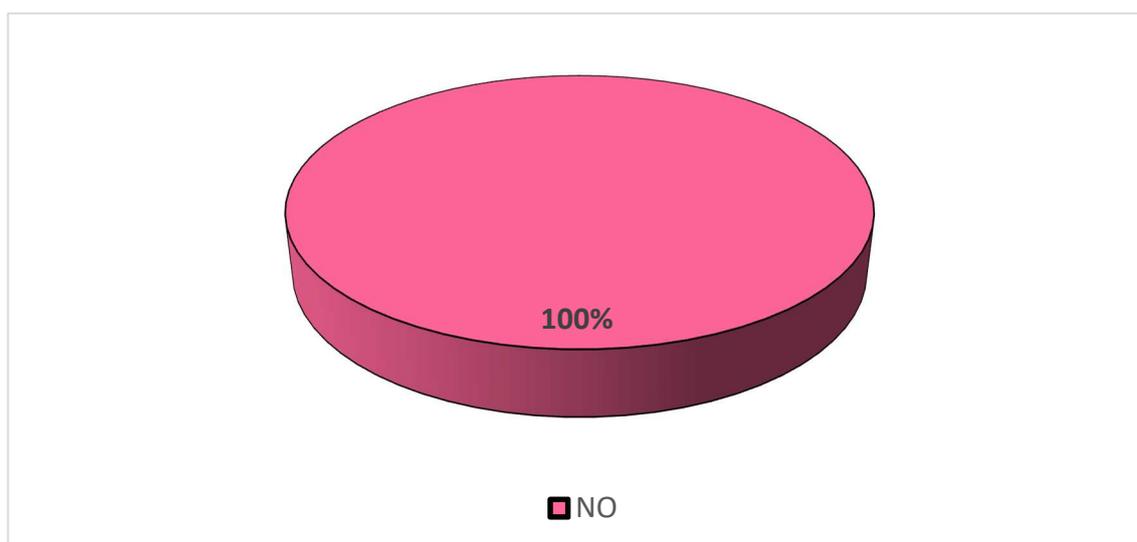
El gráfico refleja que un 93.33% de la muestra del sanatorio ha buscado información sobre la lactancia materna.

Gráfico N° 33 ¿Ha concurrido a alguno de los distintos talleres que hay en la ciudad de Rosario sobre la lactancia materna? Madres de la Maternidad.



Podemos observar que un 13.33% de las madres de la maternidad ha concurrido a alguno de los distintos talleres que hay en la ciudad de Rosario sobre la lactancia materna.

Gráfico N° 34 ¿Ha concurrido a alguno de los distintos talleres que hay en la ciudad de Rosario sobre la lactancia materna? Madres del Sanatorio.



El gráfico muestra que de la muestra de las madres del sanatorio el 100% responde que no ha concurrido ningún taller sobre lactancia materna.

5. CONCLUSIONES

Al analizar y observar los gráficos estadísticos se puede arribar a la conclusión de que la hipótesis es correcta, debido a que en el Sanatorio de la Mujer la incidencia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del bebé estaría representada por más del 50% de las encuestadas (un 62.96%), a diferencia de la Maternidad representada por menos del 50% (47.82%). Con esta estadística en la Maternidad Martín más del 50% considera brindar lactancia materna exclusiva, es decir sólo pecho materno, hasta los 4, 3 o 2 meses de edad del bebé afirmando la hipótesis planteada en este sector sociocultural.

En la Maternidad Martín las mamás encuestadas demostraron tener información clara sobre las recomendaciones de la lactancia materna hasta los 2 años de edad, pero muy escaso conocimiento sobre lo que significa la lactancia materna exclusiva y la importancia de la misma, por lo cual esta situación obviamente repercute en un bajo cumplimiento de las recomendaciones hasta los 6 meses.

Brindar lactancia materna exclusiva sólo hasta los 2, 3, 4 o inclusive 5 meses de edad del bebé, puede tener consecuencias muy negativas, y sobre todo en condiciones de pobreza donde la higiene puede ser escasa, o los alimentos estar contaminados por mayores riesgos, enfermando al lactante que aún está desarrollando su sistema inmune, generando desde un cuadro diarreico o inclusive una muerte súbita evitable. Y justamente en este caso, el sector más vulnerable, es decir la Maternidad Martín, es el sector con menor conocimiento.

Con respecto al nivel sociocultural y económico, son más bajos en la Maternidad que en el Sanatorio, esto se debe a que la mayor parte de la población de la Maternidad sólo tiene la primaria completa (43.3%), un 10% no tiene ningún estudio y tampoco están alfabetizados, y un 40% tiene la secundaria completa; mientras que en el sanatorio de la mujer más del 50% tiene el secundario culminado y el porcentaje restante estudios

superiores. Además, la mayoría de las mujeres de la maternidad tiene menos de 25 años y son la mayoría solo amas de casa (93.30%), a diferencia del sanatorio.

Igualmente, se puede considerar que sus objetivos personales de realización están muy íntimamente ligados a la maternidad, y no en lograr finalizar algún estudio o encontrar un trabajo determinado, esto se da en evidencia además con la edad de las madres, la mayoría menores a 25 años y con más de un hijo.

Además, se puede tener en cuenta que las madres de la maternidad demuestran menor interés en aprender conocimientos nuevos, y que su entorno cultural no es propicio a la duda, por lo cual las costumbres y tradiciones son transmitidas familiarmente sin plantearse duda al respecto.

Con respecto a la incidencia en la lactancia materna en general, la tasa de cumplimiento es alta, debido a que sólo un 23.30% de las encuestadas en la Maternidad, y un 10% de las del Sanatorio, no brindaron pecho materno. En la maternidad de las 7 mamas que no brindaron el pecho, 5 fue por cuestiones personales debidas a falta de conocimiento adecuado, y 2 por indicación médica. Y de las 3 mamas del Sanatorio, 2 no brindaron el pecho por indicación médica y sólo una porque considera mejor las formulas infantiles.

En ambas instituciones hay una evidencia de la falta de certeza sobre la hidratación completa que brinda la lactancia materna exclusiva en condiciones normales de salud al lactante, sin necesidad de brindar agua ni tés antes de los 6 meses de edad, tema que me parece que sería importante reforzar a la hora de educar sobre la lactancia.

Con respecto a los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebe, las mamas de la maternidad refirieron tener poca información sobre todos los beneficios que tiene para el bebé, e inclusive para ellas mismas.

Por todo esto considero que sería importante revisar la forma de educar al sector más vulnerable, en este caso el sector público de bajos recursos, debido a que al poseer un nivel de educación inferior más allá de todas las campañas sobre lactancia, también hay que replantearse si la forma de transmitir la información, es decir la forma de realizar educación en salud, es la correcta y oportuna para todos los sectores, ya que en la actualidad hay campañas permanentes y muy completas sobre los beneficios de la lactancia materna, en una lucha de concientizar a todas las mujeres, y sin embargo en el sector público aún falta mucho trabajo para lograr llegar a todas las mujeres, quizás habría que realizar distintos talleres para las instituciones de bajos recursos y de esta forma reforzar los conocimientos, sin olvidar que muchas mamás ni siquiera están alfabetizadas.

Sería interesante que, en los colegios, desde la primaria, hubiera una materia dedicada a la nutrición. En donde se enseñe diversos temas de nutrición incluyendo la lactancia materna. De esta forma desde niños se podría estar educando en un tema tan importante y aún, a tiempo para derribar posibles mitos o creencias familiares, logrando de esta forma un mayor conocimiento al respecto. Además, me parece fundamental que los hombres también apoyen a sus mujeres en la lactancia, y para esto es necesario que estén informados de la misma manera, y el colegio sería una de los primeros pilares sobre el tema.

Bibliografía:

- Torresani, María Elena. (2006). *Cuidado nutricional pediátrico*. 2da.edición. Buenos Aires. Editorial: Eudeba
- Lorenzo, Jessica. (2007). *Nutrición del niño sano*. 1ra. edición. Rosario. Editorial: Corpus.
- Mahan, L., Scott-stump, S., Raymond, J (2013)., *Krause dietoterapia*.13ªEd. Barcelona, España. Editorial: Elsevier.
- Asociación Española de Pediatría. *Alimentación del lactante Sano. Manual Práctico de Nutrición en Pediatría* Madrid: Ergon.2007.
- Organización Panamericana de la Salud. *Manual de Crecimiento y Desarrollo del niño. Tendencias de la Lactancia Materna*. 2da. Edición. 1994. Recuperado el 30 de febrero de: <https://epifesz.files.wordpress.com/2016/08/5manual-de-crecimiento-y-desarrollo-del-ninio1.pdf>
- Schellhorn.H., & Valdés, *Manual de lactancia materna*. 3ra edición. 2010. Recuperado el 10 de marzo de http://www.icmer.org/documentos/lactancia/manual_lactancia_minsal_2010.pdf
- UNICEF. *Consejería en lactancia materna*. Suiza. Recuperado el 10 de marzo, de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf
- Speranza.A. (Año 2. marzo 2015). Lactancia Materna. *Voletín Virtual, Número 7*. Recuperado de: http://msal.gob.ar/municipios/images/stories/4-recursos/pdf/boletin-n7-lactancia_materna.pdf
- Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Madrid 2004. Recuperado el 25 de marzo del 2017, de:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_d_e_lactancia_materna_AEP.pdf

- UNICEF. Manual de lactancia para profesionales de la salud. Cualidades inmunológicas de la leche materna. 1997. Recuperado el 25 de marzo del 2017, de:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

- Aguilar Cordero, M.a J.; González Jiménez, E.; Álvarez Ferre, J.; Padilla López, C. A.; Mur Villar, N.; García López, P. A.; Valenza Peña, M.a C. *Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama*. Nutrición Hospitalaria, vol. 25, núm. 6, noviembre-diciembre, 2010, Grupo Aula Médica Madrid, España. Recuperado el 1 de marzo de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226763010>

- Cordero., García., López. A., Barrilao.R., Rodríguez., Villar.N., (2016, mar./abr.) *Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática*. Nutrición Hospitalaria.Vol.33.nro.2. Madrid. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200046

- Moreno Villares, JM, *Los mil primeros días de vida y la prevención de la enfermedad en el adulto* Nutrición Hospitalaria, vol. 33, núm. 4, 2016. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral Madrid, España. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/3092/309246965003.pdf>

- World Health Organization, Unicef. Innocenti declaration on the Protection, Promotion and Support of breastfeeding. Florence, Italy: WHO, Unicef, Usaid & Said;1 de agosto 1990.

- La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2010. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año

2011. Recuperado el 28 de febrero de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. *Consejería En lactancia materna. Curso de capacitación*. (1993). Recuperado de:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud. *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Nota descriptiva, (septiembre de 2016). Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

- Díaz-Argüelles Ramírez-Corría, Virginia María. (2005). La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(1) Recuperado en 11 de marzo de 2017, de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000100007

- FAO. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Estados Unidos. 2002. Recuperado el 11 de marzo del 2017 de:
<http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x>

Anexo

ENCUESTA REALIZADA:

1. ¿Edad?

2. ¿Usted qué nivel de escolaridad finalizado posee?

- Ninguno
- Nivel básico (primario)
- Nivel Medio (Secundario)
- Nivel Superior (Terciario o Universitario)

3. ¿Ocupación?

- Trabaja
- Ama de casa
- Estudia

4. ¿Estado civil?

- Soltera
- Concubinato
- Casada
- Divorciada
- Viuda

5. ¿Cantidad de hijos?

6. ¿Cuántos meses tiene su bebé?

7. ¿Usted que entiende por lactancia materna exclusiva?

- A. Brindar al bebé pecho materno, papillas, agua e infusiones desde su nacimiento hasta los 2 años de edad.
- B. Brindar al bebé únicamente pecho materno a libre demanda, es decir, cada vez que el bebé lo necesite, con excepción de medicinas, vitaminas o gotas de minerales; desde su nacimiento hasta los 4 meses de edad, continuando con la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.
- C. Brindar al bebé únicamente pecho materno a libre demanda, es decir, cada vez que el bebé lo necesite, con excepción de medicinas, vitaminas o gotas de minerales; desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad, continuando con la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.
- D. Brindar al bebé pecho materno y agua e infusiones tipo té, sin incluir ningún otro alimento, desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad, continuando con la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.

8. ¿Le ha dado el pecho materno a su bebé?

SÍ NO

Si su respuesta es **NO**:

¿Cuáles fueron las causas?:

- A) Porque el horario laboral dificultó la lactancia, imposibilitándola.
- B) Porque a su criterio el pecho materno no es necesario.
- C) Porque considera que la lactancia materna perjudica al bebé.

- D) Por razones estéticas a la hora de amamantar.
- E) Porque sintió mucho dolor al intentar brindar el pecho materno.
- F) Porque cree que las fórmulas infantiles son mejores que el pecho materno.
- G) Por indicación médica.
- H) Porque cree que su producción láctea no es suficiente para el bebé y consideró que no tuvo suficiente leche.
- I) Por tradición familiar y elección de mamadera en lugar de pecho materno.
- J) Otras causas.

K) Si su respuesta es SÍ :

✓ **¿Hasta qué edad tiene pensado alimentar de forma exclusiva a su bebé?**

O ¿Hasta qué edad lo amamantó de forma exclusiva? (Es decir brindándole solo pecho materno)

Hasta los 2 meses

Hasta los 4 meses

Hasta los 6 meses

Hasta el año

9. ¿Su bebé consume agua e infusiones tipo té? ¿Desde qué mes? / O ¿desde qué mes piensa brindarle agua e infusiones tipo té?

10. ¿Conoce todos los beneficios para el bebé que tiene el hecho de amamantarlo?

SÍ NO

Si su respuesta es SÍ: ¿cuáles de las siguientes opciones considera correcta?

- I. La leche llega en forma estéril y a temperatura ideal.
- J. Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social
- K. Aumenta el sistema de defensa del bebé.
- L. Nutrición óptima, especialmente del Sistema Nervioso Central.
- M. Menor incidencia de desnutrición infantil, infecciones y alergias respiratorias y digestivas.
- N. Menor incidencia de distintas enfermedades como la enfermedad celíaca
- O. Contención a las necesidades emocionales del bebé.
- P. Todas son correctas.

11. ¿Y conoce todos los beneficios que tiene para usted el hecho de amamantar?

SÍ NO

Si su respuesta es SÍ: ¿Cuáles de las siguientes opciones considera correcta?

- A. Favorece el restablecimiento del vínculo madre-hijo.
- B. Menor sangrado posparto.
- C. Menor grado subsiguiente de padecer anemia.
- D. Mayor esparcimiento entre embarazos (postergación de la primera ovulación posparto).
- E. Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico.
- F. Favorece la disminución del peso corporal.
- G. Menor riesgo de padecer depresión posparto.
- H. Todas son correctas.

12. ¿Considera que ha recibido suficiente información sobre la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud que usted se ha atendido?

SÍ NO

13. ¿Usted ha buscado información sobre la lactancia materna?

SÍ NO

14. ¿Ha concurrido a alguno de los distintos talleres que hay en la ciudad de Rosario sobre la lactancia materna?

SÍ NO