



Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses.

Tesista: Antonella Pahura

TITULO: Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial.

TUTOR DE TESIS: Dr. Raúl Álvarez Lemos.

TESISTA: Antonella Pahura.

TITULO: Licenciatura en Nutrición.

FACULTAD: Medicina y Ciencias de la Salud.

FECHA DE PRESENTACION: 5 de agosto del 2013.

Índice	Pág.
Resumen.....	6
Agradecimientos.....	8
1. Introducción.....	9
1.1. Planteo del problema.....	10
1.2. Objetivos.....	11
1.3. Hipótesis.....	11
2. Marco teórico.....	12
2.1. Ventajas del amamantamiento.....	15
2.2. Clasificación de la lactancia materna según OMS/Unicef.....	17
2.3. Composición nutricional de la leche humana madura.....	18
2.3.1. Agua.....	19
2.3.2. Proteínas.....	19
2.3.3. Hidratos de Carbono.....	21
2.3.4. Grasas.....	21
2.3.5. Minerales.....	23
2.3.6. Vitaminas.....	24
2.3.7. Otras sustancias.....	25
2.3.7.1. Hormonas.....	26
2.3.7.2 Nucleótidos.....	26
2.3.7.3. Enzimas.....	26
2.4. Cualidades inmunológicas de la leche materna.....	27

2.4.1. Componentes humorales.....	27
2.4.2. Componentes celulares.....	27
2.4.3. Otros componentes que tienen rol inmunológico.....	28
2.4.3.1. Lactoferrina.....	29
2.4.3.2. Factor Bífido.....	29
2.5. Lactancia artificial.....	29
2.5.1. Contaminación.....	30
2.5.2 Infección.....	30
2.5.3. Mayor costo.....	31
2.5.4. Riesgo psico-socio emocional.....	31
2.5.5. Recuperación de la fertilidad y mayor riesgo de embarazo.....	32
2.6. Diferencias entre la leche humana y la leche de vaca.....	32
2.7. Riesgos de usar mamadera.....	32
2.7.1. Alteración funcional de la succión-deglución-respiración.....	34
2.7.2 Riesgos de aspiración de alimentos.....	34
2.7.3 Interferencia en la maduración de futuras funciones bucales.....	35
2.7.4. Hábito de respiración bucal.....	35
2.8. Promoción de la lactancia materna.....	36
2.9. Influencias económicas y sociales de la lactancia.....	37
3. Tendencias de la lactancia materna.....	37
4. Estado actual de los conocimientos sobre el tema.....	39
4.1.Embarazo y maternidad en la adolescencia.....	43

5. Esquema de investigación.....	45
5.1. Área de estudio.....	45
5.2. Tipo de estudio.....	46
5.3. Población objetivo.....	47
5.4. Universo.....	47
5.5. Muestra.....	47
5.6. Técnica de recolección de datos.....	48
5.7. Trabajo de campo.....	49
5.8. Resultados obtenidos.....	50
Conclusión.....	67
Recomendaciones.....	68
Bibliografía.....	69
Anexos.....	72

RESUMEN

Objetivo general: el presente trabajo se realizó en el Hospital San José de Pergamino, Buenos Aires, durante el mes de abril del año 2013, con el objetivo de investigar el conocimiento de madres adolescentes, de 14 a 19 años, sobre las ventajas de brindar a sus hijos lactancia materna exclusiva en relación a lactancia artificial, durante los primeros seis meses de vida.

Método: Se realizó una encuesta, integrada por 16 preguntas, de carácter cuali-cuantitativo, a un total de 30 madres adolescentes. El abordaje metodológico del presente estudio es de tipo observacional, descriptivo de carácter cuali-cuantitativo de corte transversal.

El instrumento se aplicó durante 3 semanas, eligiendo 2 días alternativos semanalmente tomados al azar, para evitar sesgos de selección de días sobre la población recepcionada.

Resultados: El 73,3% de las madres adolescentes desconoce lo que significa brindar lactancia materna exclusiva. El 43,3% alimenta a sus hijos con lactancia materna parcial, el 30% lo hace con lactancia artificial, y solo el 26,7% brinda exclusivamente leche materna.

Al momento de considerar si el tipo de lactancia, materna o artificial, posee influencias sobre la salud del bebé, el 63,3% no cree que haya influencias sobre la salud según el tipo de alimentación. Así mismo, consideran que ambos tipos de lactancia contienen la misma proporción de macro y micronutrientes.

Para la defensa contra enfermedades y para disminuir el riesgo de exposición a gérmenes, el 53,3% considera más adecuada a la lactancia materna, ya que consideran que mejora la

calidad de vida del bebé; y el 100% está convencida de que este tipo de alimentación es quien proporciona lazos afectivos con el bebé.

Al salir de casa y dejar al bebé al cuidado de otra persona, el 73,3% cree que solo se puede alimentar al niño a través de formulas lácteas, solo un 26,7% considera la opción de la extracción de leche materna y alimentarlo a partir de la misma.

Sólo el 26,7% ha buscado y/o recibido información especializada sobre las ventajas para el niño de la alimentación con lactancia materna exclusiva, ya sea por parte del personal de salud que acompañó durante el embarazo o por haber realizado cursos pre-parto.

AGRADEZCO

A mi familia, especialmente a mi papá, Luis, por su apoyo incondicional a lo largo de la carrera, y que en esta última etapa me ha ayudado y me ha dado fuerzas desde el cielo para finalizar ésta meta; a mi mamá, Silvia; a mis hermanos, Eliana y Facundo; y a mi novio, Agustín; sin la comprensión y contención de todos ellos hubiese sido imposible lograrlo.

A mi tutor, Raúl Álvarez Lemos, que generosamente me ha orientado y asesorado para poder realizar la tesis.

A todos los profesores, gracias a su enseñanza, me han brindado los conocimientos para poder desarrollarme como profesional.

A las madres encuestadas, por su colaboración y buena predisposición.

**A todos quienes me dieron su apoyo
y quedaron fuera de éste agradecimiento:**

¡Gracias!

1. INTRODUCCION

Numerosos organismos internacionales y sociedades científicas, como la Organización Mundial de la Salud, 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 es un proceso fisiológico, que en algunos países constituye la única manera de lograr la supervivencia y el crecimiento de un recién nacido.

Durante los primeros meses de vida el recién nacido tiene una alta vulnerabilidad frente a las numerosas amenazas de su nuevo entorno, gran parte de estas amenazas se pueden prevenir y contrarrestar por medio la lactancia materna exclusiva.²

A través de la leche materna se aporta al niño una mezcla adecuada de lípidos, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas, minerales, células, inmunoglobulinas, factores de crecimiento, moduladores enzimáticos, hormonas, en una composición y equilibrio adecuados para su crecimiento y desarrollo.

De acuerdo a información de la UNICEF, todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche humana hasta los seis meses de edad, y luego en forma complementaria hasta los dos años, en vista de que se ha puesto en evidencia que la alimentación con leches artificiales en este grupo etéreo aumenta los riesgos de

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

² Unicef. *Relación costo beneficio de las intervenciones de promoción sobre la lactancia materna vs. Laboratorios de formulas lácteas*. Panamá. 2006. p. 9. Recuperado el 3 de septiembre de 2012 de: http://www.unicef.org/panama/spanish/estudio_lactancia-web.pdf

enfermedades gastrointestinales, infecciones respiratorias, procesos alérgicos, obesidad, deficiencias vitamínicas.

La condición social, la edad y la paridad forman parte del perfil biológico de la madre, es por ello que se destaca que la edad materna influye en la práctica de la lactancia materna exclusiva, por ejemplo, las madres adolescentes tienen más probabilidad de abandonar la lactancia materna.³

Por este motivo es preciso determinar cuales son los conocimientos que poseen las madres adolescentes sobre las ventajas que ofrece la alimentación al seno materno de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, para así implementar programas educativos con los profesionales de la salud, para que unan esfuerzos a favor de esta práctica tan beneficiosa para el binomio madre-hijo.

1.1 Planteo del problema

¿Poseen las madres adolescentes el conocimiento adecuado sobre las ventajas de brindarles a los lactantes menores de seis meses lactancia materna exclusiva?

³ Cardenas y Montes, E. *et al.* *Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva*. 2010. Recuperado el 3 de septiembre del 2013, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300004&script=sci_arttext

1.2 Objetivos

Objetivo general

- Evaluar el conocimiento de madres adolescentes, de 14 a 19 años, sobre las ventajas para el niño de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial.

Objetivos específicos

- Evaluar que representa, para las madres adolescentes, la lactancia materna exclusiva.
- Evaluar el conocimiento de las madres adolescentes sobre las ventajas nutricionales e inmunológicas de la leche materna.
- Evaluar si las madres han buscado y si han recibido información de personal capacitado sobre las ventajas de la alimentación con leche materna de forma exclusiva para los niños menores de seis meses.

1.3. Hipótesis

Existe un déficit de conocimiento, en las madres adolescentes, sobre las ventajas de brindar lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial, a los niños menores de seis meses.

2. MARCO TEORICO

La etapa neonatal representa la época más crítica y vulnerable de la vida humana.

La leche humana es considerada el alimento ideal, tanto desde el punto de vista nutricional como inmunológico⁴. Aporta una mezcla adecuada de lípidos, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas, minerales, células inmunoglobulinas, factores de crecimiento, enzimas, activadores y moduladores enzimáticos, hormonas, en una composición y equilibrio adecuados para su crecimiento y desarrollo. También provee nutrientes esenciales para el desarrollo del sistema nervioso central lo que favorece el desarrollo psicomotor y la inteligencia.

La Organización Mundial de la Salud 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.⁵

La leche humana es capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo, modificando su composición y volumen, y facilita su adaptación a la vida extrauterina.⁶ Proporciona la primera inmunización del bebé, y brinda un aporte inmunológico que no lo ofrece ninguna leche artificial. Esta siempre a temperatura adecuada y es estéril lo cual disminuye la exposición del recién nacido a patógenos

⁴ María E. Torresani. *Cuidado nutricional pediátrico*. "Lactancia materna". Buenos Aires. Editorial: Eudeba. 2006. p. 81.

⁵ Unicef. *Consejería en Lactancia Materna*. Suiza. 1993. p.5. Recuperado el 5 de septiembre del 2012, de: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf

⁶ Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna: guía para profesionales*. Madrid. 2004. p.59.

Recuperado el 5 de septiembre del 2012, de:

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

presentes en los utensilios utilizados para la preparación y administración de las leches artificiales.

La leche materna se divide a su vez en tres tipos de acuerdo al momento de su producción:

1° Calostro: se produce los tres o cuatro primeros días. Aporta grasa 2 g/100 ml, lactosa 4 g/100 ml y proteínas 2 g/100 ml.

Produce 67 Kcal/100 ml. 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 IgA y lactoferrina, proteínas protectoras, están muy elevadas. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- Facilita la eliminación del meconio
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífidus en el lumen intestinal del recién nacido
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos
- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplice funcional, succión-deglución-respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño

- 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.⁷

2° Leche de transición se produce entre el 4° y 12° día, aumenta el volumen de lípidos, vitaminas hidrosolubles y calorías y descienden las inmunoglobulinas.

3° Leche madura: se produce luego de la segunda semana, la cual se va a producir durante toda la lactancia.

La variación de sus componentes se observa no sólo entre 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. Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado.⁸

La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene

⁷ Unicef. *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Chile.1995. pp.1- 2. Recuperado el 2 de agosto de 2012, de:

<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

⁸ Unicef. *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Chile.1995. p. 2. Recuperado el 2 de agosto de 2012, de:

<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella.

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml.

2.1. Ventajas del amamantamiento:

- Para el bebé:

- La leche materna contiene la composición y el equilibrio adecuado de los requerimientos proteico- calórico.
- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Brinda nutrientes esenciales para el desarrollo acelerado durante los dos primeros años.
- El niño amamantado hasta el sexto mes logra un crecimiento adecuado.
- Desarrolla su patrón de saciedad.
- No requiere suplemento vitamínico y mineral, ni agua u otros líquidos mientras tome pecho exclusivamente.
- La alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño.
- Tiene mejor respuesta inmunológica frente a vacunas.

- Brinda protección a variadas patologías: infecciones (sepsis neonatal, diarrea, infección urinaria, parasitosis, meningitis, infecciones respiratorias agudas); metabólicas y carenciales (hipocalcemia del recién nacido, desnutrición, anemias, deshidratación hipertónica, diabetes infanto juvenil); gastrointestinales (enfermedad celiaca, enterocolitis necrotizante); dermatológicas (eccema infantil); odontológicas (caries, mala oclusión dental); y otras (alergias, asma, muerte súbita).

- Para la madre:

- Facilita la formación de un vínculo sólido entre madre e hijo.
- Disminuye el sangrado post-parto y la hemorragia puerperal.
- Permite adelgazar entre 3 y 5 kg. Acumulados entre el 6° y 9° mes de embarazo.
- Conserva mejor la forma de los pechos.
- Mayor espaciamiento entre embarazos.
- Menor depresión posparto.
- Disminuye la incidencia de cáncer de mama y ovario.
- Mayor practicidad para la alimentación nocturna, en viajes, etc.
- Ayuda a estilizar la silueta (utilizando la grasa de reserva posparto para producir leche).

- Para la familia:

- Mejor desarrollo de la familia como célula social.

- Menor gasto en alimentos sustitutos, medicamentos.
- Menor ausentismo laboral por enfermedades de los hijos.
- Mejor atención de los niños pequeños por mayor espaciamiento entre embarazos.
- Economía basada en que el costo de alimentar a una madre que amamanta es sensiblemente inferior al de alimentar a un niño con fórmula infantil.

- Para la sociedad:

- Perspectiva de una sociedad más sana en el futuro.
- Menor gasto en atención de patologías y posibilidad de reorientar fondos de salud pública hacia la prevención.
- Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral de los padres.
- Disminución de la morbi-mortalidad infantil.

2.2. Clasificación de la lactancia materna según OMS/UNICEF

Lactancia materna completa: constituye el tipo de alimentación recibida por el bebé en base a leche materna, pudiendo ser exclusiva o predominante.

Lactancia materna exclusiva: cuando recibe únicamente leche materna sin el agregado de ningún otro líquido, con excepción de gotas o jarabes que contienen vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Lactancia materna predominante: cuando recibe como alimento predominante leche materna, pudiendo agregarse agua y bebidas a base de agua (agua con azúcar, infusiones, etc.), jugos de frutas, solución de rehidratación oral, vitaminas, minerales o medicamentos en gotas o jarabes.

Lactancia materna parcial: constituye el tipo de alimentación recibida por el bebé integrada en un 20% o más por leche materna.

Según sea el aporte de leche materna sobre otros alimentos o fórmulas, ésta puede ser:

- a) Alta: la leche materna se aporta en un 80% sobre otros alimentos.
- b) Media: la leche materna se aporta entre un 20 y 79% sobre otros alimentos.
- c) Baja: la leche materna se aporta en menos de un 20% sobre los demás alimentos.⁹

2.3. Composición nutricional de la leche humana madura

La leche no es simplemente un líquido, es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Contiene células provenientes de la sangre materna: linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos y células epiteliales en concentración aproximada de 4.000 mm³. Son responsables de las respuestas inmunológicas y antiinfecciosas mediadas por células, de la síntesis de lactoferrina, lisozima, complemento y prostaglandinas. Almacenan y liberan IgA e interferón.

⁹ María E. Torresani. *Cuidado nutricional pediátrico. Lactancia materna*. Bueno Aires. Argentina. Editorial: Eudeba. 2006. p.95.

Las células no son destruidas en el tracto gastrointestinal del bebé y conservan toda su capacidad fagocítica. La concentración celular es mayor en el calostro y decrece a los 4 ó 5 días. En el bebé recién nacido son las células y las inmunoglobulinas maternas las responsables de protegerlo de la sobre estimulación antigénica.

La leche humana contiene proteínas, azúcares, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas, se encuentran en la concentración ideal para el óptimo crecimiento del bebé y en la exacta proporción entre los componentes, lo que implica menor sobrecarga renal y cardíaca (situación diferente si se lo alimenta con otras leches).

2.3.1. Agua

La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.¹⁰

2.3.2 Proteínas

Cada madre elabora la mejor calidad de leche para las necesidades nutricionales de su hijo.

Las proteínas de la leche materna se distribuyen: 40% caseína y 60% proteínas del suero.

Los fragmentos de caseína producidos por la digestión enzimática actuarían estimulando el

¹⁰ Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna: guía para profesionales*. Madrid. 2004. p.62.
Recuperado el 5 de septiembre del 2012, de:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

sistema inmune del neonato.¹¹ El 75% del nitrógeno se encuentra como proteína, el 25% como nitrógeno no proteico (urea, creatinina, creatina, glucosamina, aminoácidos libres, ácido úrico, amoníaco). De los aminoácidos libres el más importante es la taurina ya que actuaría como modulador del crecimiento, siendo la leche materna su única fuente. Están presentes aminoácidos esenciales: valina, leucina, isoleucina, lisina, triptófano, tironina, fenilalanina, metionina e histidina; y un aminoácido semiesencial: la cistina.

La caseína humana forma un coagulo más blando y digerible que el obtenido a través de la caseína contenida en la leche bovina. Por otro lado, las proteínas del suero presentan bajos valores de aminoácidos aromáticos (fenilalanina y tirosina), no permitiendo que se eleven en altas concentraciones a nivel cerebral, y altos valores de triptófano, que es un precursor de la serotonina, cobrando importancia en las pautas de comportamiento y en la regulación del sueño.

Proteínas del suero:

* Alfa-lactoalbúmina: interviene en la síntesis de la lactosa, ya que forma parte de la enzima lactosa-sintetasa. Es de alto valor nutritivo, con alto aporte de cistina, triptófano y treonina.

* Lactoferrina: en la leche humana se encuentra en su mayor parte no saturada, ejerciendo acción bacteriostática en el tracto gastrointestinal. A este nivel compite por el hierro con las bacterias que lo necesitan, inhibiendo así el desarrollo microbiano.

* Inmunoglobulinas: desempeñan actividad de anticuerpos. La que se encuentra en mayor proporción es la inmunoglobulina A secretoria (IgA S). Además la leche materna posee

¹¹ Dora Vildes, *et al. Medicina infanto-juvenil*. "Lactancia materna". Tucumán. 2006. p.29. Recuperado el 10 de noviembre de 2012, de:
http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Pediatria/Archivos/MODULO_NEONATOLOGIA_06.pdf

anticuerpos contra antígenos del medio ambiente, lo cual le otorga una especificidad ambiental con un potencial protector de alta significación.

* Lisozima: efecto bactericida a nivel del tracto gastrointestinal del lactante. También actúa en sinergismo con las inmunoglobulinas.

* Lipasa: es estimulada por las sales biliares. Permanece activa a nivel gastrointestinal y logra un grado de hidrólisis de las grasas, en glicerol y ácidos grasos libres. Estos pueden representar factores significativos en el alto grado de absorción de la grasa presente en la leche humana.

2.3.3. Hidratos de Carbono

El carbohidrato más importante de la leche es la lactosa, el cual es sintetizado en la glándula mamaria a partir de la glucosa. Además, la leche humana contiene cantidades mínimas de glucosa, oligosacáridos y glicoproteínas. La lactosa de la leche humana se hidroliza de forma más lenta en el intestino que la lactosa añadida a las fórmulas artificiales, propiciando que parte de la lactosa sea aprovechada por la flora intestinal para generar ácido láctico. Esta es la causa de que las heces del niño alimentado con leche materna sean más ácidas.

2.3.4. Grasas

Constituye el elemento más variable de la leche, ya que se modifica su concentración no solo durante el día, sino también durante una misma mamada, siendo sus valores bajos al

principio y mayores al final de la misma. Esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías.

Ácidos grasos saturados: 42 a 47 %

Ácidos grasos insaturados: 53 a 58 %

Ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga: tienen importancia en el crecimiento y maduración del sistema nervioso central del neonato. Los de cadena muy larga, araquidónico, eicosapentaenoico y docosaheptanoico, ausentes en la leche de vaca, cumplen un rol en la estabilidad y fluidez de las membranas biológicas y en la síntesis de prostaglandinas. Resultan de importancia para el crecimiento de las células cerebrales y para la mielinización posnatal.

La síntesis de las prostaglandinas depende de la disponibilidad de éstos ácidos grasos esenciales. Estas se encuentran distribuidas ampliamente en el tracto gastrointestinal del niño y contribuyen en forma importante en los mecanismos generales de defensa. La leche humana puede contener cantidades significativas de prostaglandinas que las fórmulas no contienen.¹²

El contenido de colesterol de la leche materna (importante por ser componente de membranas celulares y precursor de ácidos biliares, hormonas sexuales, vitamina D3) se reduce a lo largo de la lactancia.

¹² 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 7 de septiembre de 2012, de: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>

2.3.5. Minerales

En general es bajo el aporte de minerales, favoreciendo al riñón inmaduro del lactante al aportar una menor carga renal de solutos, dada por el aporte proteico y de electrolitos como el sodio, el cloro y el potasio.

La concentración de sodio, potasio y cloruro en la leche humana es menor que en la leche de otras especies. La leche de vaca, presenta un alto contenido salino y más del doble de proteínas, con lo cual la carga renal de solutos aumenta considerablemente.

Las fórmulas de inicio son sometidas tecnológicamente a una desmineralización para lograr bajar su contenido salino. A pesar de que las fórmulas infantiles promueven una baja carga renal de solutos, en muchos niños alimentados con estas fórmulas igualmente se observa con frecuencia presencia de deshidratación hipertónica.

Causas de deshidratación hipertónica

- Incorrecta elección de la fórmula infantil para el periodo biológico correspondiente.
- Incorrecta preparación de las fórmulas, ya sea por el mal uso de las medidas o por el agregado de aguas minerales con alto contenido de sodio.
- Introducción precoz de alimentos sólidos.

Es importante el aporte de calcio y fósforo, obteniéndose una relación de Ca/P de 2 a 1, siendo la relación más adecuada para el desarrollo óptimo del lactante.

Si bien la leche humana y la de vaca poseen cantidades similares de hierro, la biodisponibilidad de la leche de madre es mucho mayor (juega un papel importante la lactoferrina).

La leche de vaca posee muy bajo aporte de ácido ascórbico, lo cual interviene en esta baja biodisponibilidad, no optimizando la absorción de hierro.

El intestino absorbe:

- ◆ 10 % de la leche de vaca.
- ◆ 4-7 % de formula infantil
- ◆ **49 %** de la leche materna.

2.3.6. Vitaminas

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

Vitaminas liposolubles

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

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

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

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

d) Vitamina D: El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml (Greer et al, 1988). Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D.

Vitaminas hidrosolubles

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

2.3.7. Otras sustancias

Estudios comprueban que la leche materna, además de ser una fuente nutritiva, ejerce un control sutil del metabolismo, desde la división celular hasta la conducta del niño, desde el desarrollo de las mamas y el mantenimiento de su función, hasta la protección inmunológica de las mismas.

2.3.7.1. Hormonas

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

La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas humanas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal.¹³

2.3.7.2 Nucleótidos

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

2.3.7.3 Enzimas

Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones.

Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y

¹³ Ministerio de Salud. *Manual de Lactancia Materna. Composición de la leche humana madura*. 2010. Recuperado el 3 de agosto del 2012, de:
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>

otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y puede proteger contra algunos virus. Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular.

2.4. Cualidades inmunológicas de la leche materna

La leche materna es de gran complejidad biológica. Además de proteger activamente es inmunomoduladora, es decir, no sólo transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, sino que también estimula el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. La protección se observa mejor durante la vida temprana y continúa en proporción a la frecuencia y duración de la lactancia materna.

El calostro y la leche madura tienen componentes antiinfecciosos tanto humorales como celulares.¹⁴

2.4.1 Componentes humorales

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

La mayor parte de la IgA es producida por el mecanismo bronco-entero-mamario como reacción a los gérmenes con los que la madre ha tenido contacto. En el tejido linfático

¹⁴ UNICEF. *Manual de lactancia para profesionales de la salud. Cualidades inmunológicas de la leche materna*. 1997. Recuperado el 10 de septiembre del 2012, de : <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>

adyacente al tubo digestivo y a la mucosa respiratoria materna se generan linfocitos que luego migran a la glándula mamaria aportando a la leche células inmunológicamente activas que secretan inmunoglobulinas específicas (IgA, IgA secretora) para proteger al niño de los gérmenes que lo rodean. La IgA también es producida en la glándula mamaria.

La IgA es resistente a las enzimas proteolíticas y al pH bajo. Hasta el 88% de la IgA ingerida puede ser recuperada en las heces del lactante. Se cree que los anticuerpos de la IgA aglutinan a las toxinas, a las bacterias y a los antígenos macromoleculares, impidiendo de ese modo su acceso al epitelio.

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 46 primeras semanas de vida el niño obtiene la IgA de la leche materna.

La leche humana también estimula la producción de la propia IgA en las células plasmáticas subepiteliales del tracto intestinal del niño.¹⁵

2.4.2 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.

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

¹⁵Unicef. *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 7 de septiembre de 2012, de: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

de algunas sustancias inmunológicas con cierta especificidad contra los gérmenes que la madre ha tenido contacto.

La concentración de todos estos elementos es mayor en el calostro 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.

2.4.3 Otros componentes de la leche que tienen un rol inmunológico

Lactoferrina

Compete por el hierro con microorganismos dependientes del hierro, especialmente *E. coli*.

Es resistente a la actividad proteolítica.

Factor bífido

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

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

2.5. Lactancia artificial

La práctica de la lactancia materna no exclusiva es la alimentación del lactante con leche artificial (preparados lácteos provenientes principalmente de la leche de vaca). La denominada "lactancia artificial" se inventó a finales del siglo XIX, aplicada a la alimentación de terneros y otros animales de granja, para dar salida a los excedentes de producción de leche de vaca, que era conservada en polvo y rehidratada posteriormente para su uso. Años después se inició su uso en humanos. Alcanzó su máxima popularidad en los años 1960.

La leche artificial es más difícil de digerir que la leche materna, el riñón del lactante no está preparado para asimilar la excesiva cantidad de proteínas que la leche artificial aporta, por lo que es necesario seguir cuidadosamente las instrucciones de dilución de los polvos, no es un producto estéril, que corre el riesgo de ser contaminado en mitad del proceso de fabricación. No aporta las defensas naturales (inmunoglobulinas) de la madre, ni el equilibrio de los nutrientes que componen la leche artificial es como la lactancia materna.

Las fórmulas maternizadas, también conocidas como sucedáneos de leche humana o fórmulas lácteas, son productos desarrollados a partir de la leche de vaca. A ésta se le adicionan o sustraen ciertos nutrimentos para volverla más parecida a la leche humana.

2.5.1. Contaminación

Hay muchos riesgos de contaminar los alimentos, y más aún si no se toman las precauciones pertinentes:

- Manipulación de los alimentos con las manos sucias
- Mal lavado de los utensilios usados

- Secado de manos o utensilios con paños sucios o contaminados
- Uso de agua contaminada
- Transporte de gérmenes por moscas y otros vectores
- Descomposición fácil de la leche al quedar en el medio ambiente, sin refrigerar
- Fácil cultivo de gérmenes en chupetes de goma y maderas. Dificultad para lavarlos bien.

2.5.2. Infección

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 a 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.¹⁶

2.5.3. Mayor costo

Alimentar a un niño con fórmula tiene un alto costo, no sólo por el elevado valor de las fórmulas, sino por la cantidad de implementos y tiempo que se requieren para su preparación adecuada. Es necesario sumar a lo anterior el alto costo de las enfermedades del niño en consultas y medicamentos, exámenes de laboratorio, deterioro del crecimiento y desarrollo, ausentismo laboral de la madre, etc.

¹⁶ FAO. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Estados Unidos. 2002. Recuperado 17 de febrero del 2013 de: <http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s00.htm#Contents>

2.5.4. Riesgo psico-social emocional

La alimentación con mamadera suele ser bastante impersonal, ya que la puede dar cualquier persona. Puede producir insatisfacción psico-emocional y alterar los patrones de interacción social.

2.5.5. Recuperación de la fertilidad y mayor riesgo de un nuevo embarazo

Al tener la alternativa de dar al niño alimentación artificial, la madre deja muy pronto de lactar en forma exclusiva, recupera su fertilidad, y si no toma las precauciones para el control de la natalidad, estará en permanente riesgo de un nuevo embarazo.

2.6. Diferencias entre la leche humana y la leche de vaca

Además de la menor cantidad de caseína, la leche humana forma micelas pequeñas y blandas en el estómago. Esto determina que el tiempo de vaciamiento gástrico sea mucho más rápido, aproximadamente 1,5 horas.

En la leche de vaca, la porción caseína de las proteínas es más abundante que las proteínas del suero. Esto hace que la leche de vaca forme en el estómago del niño coágulos más grandes y de difícil digestión; permanecen en él un mayor tiempo y por lo tanto se vacían más lentamente, demorándose aproximadamente 4 horas.

La osmolaridad de la leche de vaca (350 mOsm) es significativamente mayor que la de la leche humana (286 mOsm). En el niño que la ingiere genera una mayor carga renal en un período de la vida en que la función renal es inmadura. La baja osmohridad de la leche materna determina que el niño amamantado no necesite una ingesta suplementaria de agua,

en cambio el niño alimentado con leche de vaca debe recibir agua como complemento de su dieta.

El contenido total de proteínas en la leche humana es de 0,9 g/100ml, lo que cubre los requerimientos del lactante sin producirle una sobrecarga renal de nitrógeno. En la leche de vaca el contenido de proteínas es superior, 3,1g/100ml.

La leche humana tiene mayor cantidad de nitrógeno no proteico que la leche de vaca.

Este nitrógeno no puede ser procesado en presencia de glicina, un aminoácido que está presente en la leche de vaca. Al suplementar la leche materna con leche de vaca, se interfiere este delicado mecanismo de transformación del nitrógeno no proteico en proteínas.

La alfa-lactoalbúmina es la proteína del suero más abundante en la leche humana; en la leche de vaca sólo se encuentra en trazas.

La taurina, aminoácido esencial para el prematuro, no está presente en la leche de vaca, pero se adiciona a algunas fórmulas para lactantes.

La fenilalanina y la tirosina se encuentran en pequeña cantidad en la leche humana, mientras que en la leche de vaca se encuentran en mayor concentración. El recién nacido no dispone de las enzimas suficientes para una adecuada metabolización de estos aminoácidos, los que si se acumulan pueden llegar a ser tóxicos.

La grasa de la leche materna es absorbida más eficientemente que la grasa de la leche de vaca debido a que las micelas que la constituyen son más pequeñas y a la lipasa, presente en la leche humana, que se activa en presencia de sales biliares, mecanismo que facilita la digestión de las grasas en el recién nacido, cuyas enzimas pancreáticas no están plenamente desarrolladas.

Los minerales están en distinta proporción y osmolaridad en la leche de vaca y humana. Son más concentrados en la de vaca, lo que significa un riesgo de sobrecarga renal al recién nacido.

Los niveles de calcio-fósforo son más bajos en la leche humana, pero la relación calcio-fósforo es mayor (2:4) que en la leche de vaca (1:3) lo que determina que los niveles plasmáticos de calcio en los recién nacidos amamantados sean mayores y quienes se alimentan con leche de vaca tengan riesgo de presentar hipocalcemia.

Los componentes bioactivos específicos de la leche humana como moduladores de crecimiento, enzimas, hormonas y células (leucocitos) no se encuentran en la leche de vaca ni en las fórmulas lácteas procesadas.

2.7. Riesgos de usar mamadera

Ninguna mamadera se asemeja a la forma, consistencia, textura, temperatura y funcionalidad del pecho materno.

El uso de mamadera en el lactante menor puede provocar una serie de alteraciones en el área máximo-facial y oro-faríngea:

2.7.1 Alteración funcional de la succión-deglución respiración

El niño que se alimenta con mamadera debe improvisar patrones funcionales de succión-deglución-respiración para dosificar el contenido extraído y deglutirlo sin atragantarse (disfunción motora oral).

2.7.2 Riesgo de aspiración de alimentos. Apneas prolongadas

La desorganización neuromuscular de la succión-deglución-respiración puede ser la causa de regurgitación y aspiración del alimento y de los episodios de apneas prolongadas que se producen en los niños alimentados con mamadera. Se ha pensado que ésta también podría ser una de las causas de muerte súbita en los lactantes.

2.7.3 Interferencia en la maduración de futuras funciones bucales

Un patrón funcional básico alterado genera una distorsión de las futuras funciones, manifestada como deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, dificultades en la fonoarticulación del lenguaje.

2.7.4. Hábito de respiración bucal

Episodios de congestión de la mucosa respiratoria y del sistema adenoideo obligan al niño a buscar la alternativa de la respiración bucal para ingresar el aire necesario a sus pulmones. Si estos episodios son frecuentes o prolongados, el niño adquiere el hábito de respiración bucal, con todas las consecuencias que ello acarrea: falta de ventilación adecuada, infecciones respiratorias recurrentes, hipoacusia, alteración desarrollo torácico y de la postura corporal, alteraciones del desarrollo máxilo-facial, facciones típicas alargadas y con la boca abierta.¹⁷

¹⁷ Unicef. *Manual de lactancia para profesionales de la salud. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca.* Chile.1995. pp.28- 29. Recuperado el 7de septiembre de 2012, de: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>

2.8. Promoción de la lactancia materna

La promoción de la lactancia materna ha adquirido gran relevancia debido a las ventajas tanto biológicas como psicológicas y económicas.

Esta actividad de promoción de la lactancia natural debe desarrollarse desde el periodo prenatal tanto a nivel individual como de grupo de mujeres gestantes.

El equipo de salud debe estar comprometido 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.

Estudios publicados revelan la importancia de las intervenciones de promoción de la lactancia materna en las maternidades. La influencia que ejerce el profesional de la salud al recomendar el contacto postnatal precoz (contacto madre-hijo desde el momento del parto) incide sobre el inicio o la continuación de la lactancia materna de forma eficaz.

Oficiales de la salud pública de todo el mundo coinciden en la aseveración de que estas intervenciones destinadas a promover las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria constituyen una de las más eficaces medidas de prevención para evitar la mortalidad infantil.¹⁸

¹⁸ Unicef. *Relación costo beneficio de las intervenciones de promoción sobre la lactancia materna vs. Laboratorios de formulas lácteas. "Intervenciones de promoción a la lactancia materna en las maternidades"*. Panamá, 2006. p.11

2.9. Influencias económicas y sociales de la lactancia

El éxito o el fracaso de la lactancia materna dependerá de una serie de influencias de carácter psicosocial (experiencias de la infancia materna, relación con la familia, apoyo emocional durante el periodo 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, 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 publicidad, originando un rechazo al seno materno.

Los organismos internacionales han criticado este lamentable desenfreno de los fabricantes de ciertos productos comerciales, elaborando el código de ética para las empresas productoras y estimulando, en primera instancia, la lactancia materna. ¹⁹

3. Tendencias de la lactancia materna

A través de los distintos ciclos históricos, pudo observarse que la práctica de la alimentación del niño al seno materno ha sufrido grandes fluctuaciones debido a una serie de factores que han contribuido a su abandono. Sin embargo, a partir de los años setenta se despertó un gran interés por detener en cierto modo el abandono de esta práctica mediante el empleo de diferentes enfoques multisectoriales.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Manual del Crecimiento y Desarrollo del Niño Tendencias de la Lactancia Materna*. 2da Edición. 2004.

La lactancia materna se mantiene elevada en aquellas comunidades con un fuerte contenido tradicional, como las residentes en las zonas rurales de los países en desarrollo. El abandono de la lactancia materna se observa principalmente en aquellas comunidades que habitan zonas urbanas y periurbanas de los países en desarrollo o ciertos grupos marginados de los países desarrollados. Aquí los factores desfavorables tienen su influencia máxima y se expresan a través de las modificaciones de las condiciones socioeconómicas de la familia, el trabajo de la mujer alejado de la casa, los cambios psicológicos que esto supone, la imitación de grupos de referencia, la propaganda a favor de la lactancia artificial y los progresos realizados en la preparación de los sustitutos de la leche materna.

La toma de conciencia de las desventajas que significan la disminución de la práctica del amamantamiento, tanto para la salud como para la relación psicoafectiva del niño, determina en muchos países un enfoque intersectorial para la adopción de medidas tendientes a promover la lactancia, que varían desde la promulgación de leyes hasta el cambio de actitudes del equipo de salud y toda la comunidad.

4. ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA

Han sido ampliamente reconocidas a nivel mundial las ventajas de la lactancia materna y su impacto favorable en el ataque de los dos flagelos que afectan a los niños de los países en desarrollo: malnutrición e infecciones. Igualmente la lactancia materna previene la obesidad y sobrepeso infantil en menores de 5 años, actuando como un elemento protector de dichos riesgos en etapas posteriores de la vida, lo que disminuye el riesgo consecuente de padecer enfermedades crónicas y degenerativas.

La leche materna es el mejor alimento para el niño y la niña desde el nacimiento hasta los seis meses y continúa siendo importante hasta los dos años, acompañada de una adecuada introducción de alimentos, por lo tanto, el riesgo de morir es mayor en los niños y las niñas alimentados con biberón, y esto se hizo evidente porque muchas leches artificiales tradicionales producían una sobre carga de aminoácidos, que algunos lactantes son incapaces de metabolizar.

En 1994 la Asamblea de Salud de la OMS solicitó la elaboración de nuevas curvas de crecimiento de los niños amamantados y por ello se puso en marcha el Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento.

Éste se llevó a cabo entre 1997 y 2003 y se centró en la obtención de datos de crecimiento e información de 8.440 lactantes amamantados y niños pequeños de diferentes orígenes étnicos y entornos culturales (Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega y Omán). La muestra conjunta de los 6 países participantes ha permitido la elaboración de un patrón verdaderamente internacional. Estas nuevas gráficas se han puesto a disposición de los profesionales en el año 2006.

Este nuevo patrón de crecimiento infantil proporciona por vez primera, datos científicos y orientación sobre el modo que los niños de todo el mundo deberían crecer. Se confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de pesos y tallas. Por tanto las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.²⁰

El asesoramiento en la lactancia natural impartido en los hospitales y en la comunidad es una forma efectiva de elevar las tasas de lactancia materna exclusiva.

La experiencia del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento confirma esta observación en los seis países participantes.

Sin duda, el apoyo a las madres debe continuar después del alta hospitalaria e incluir orientación sobre técnicas de amamantamiento y modos de resolver los problemas que pudieran surgir.

Salvo restricciones puntuales basadas en consideraciones de salud, todas las madres pueden amamantar siempre que cuenten con información correcta y apoyo dentro de sus familias, comunidades, y por parte del sistema de atención de la salud. El mayor desafío, y la única forma en que se puede tener éxito con los programas de asesoramiento en la lactancia materna, residen en comprender los múltiples factores que determinan la lactancia materna en los diferentes entornos. Estos factores incluyen:

- 1) Políticas nacionales sobre lactancia natural.

²⁰ Carmen P. Alonso. “*Promoción de la Lactancia Materna*”. 2006. Recuperado el 15 de abril de 2013, de: <http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm>

- 2) Factores socioeconómicos y culturales (actitudes médicas, publicidad comercial, creencias maternas).
- 3) Factores biológicos (tamaño y sexo del lactante, interés/deseo, apetito y capacidad materna para amamantar).
- 4) Epidemiología local de VIH/SIDA.

Lo ideal es que el apoyo a la lactancia materna se ofrezca como parte de una prestación sistemática del servicio de salud. Esto implicaría la necesidad de capacitar trabajadores de la salud especializados, consejeros comunitarios no especializados, y consultores acreditados en lactancia, que puedan ayudar a generar confianza en las madres, mejorar la técnica de alimentación y prevenir o resolver problemas de la lactancia natural.²¹

La condición social, la edad y la paridad forman parte del perfil biológico de la madre, es por ello que se destaca que la edad materna influye en la práctica de la lactancia materna exclusiva, por ejemplo, las madres adolescentes tienen más probabilidad de abandonar la lactancia materna.

Los datos del Ministerio de Salud de la Nación indican que en tres años aumentaron 9,7 % los casos de nenas que, con menos de 15 años, se convirtieron en madres.

Sólo en 2010, 3.117 adolescentes fueron madres. Son 276 casos más que en 2007, cuando los bebés nacidos de madres niñas fueron 2.841.

Diversas encuestas realizadas sobre lactancia materna a nivel mundial muestran un descenso de esta práctica de un 77% por los años 1936, hasta llegar en la década del setenta

²¹ Mercedes de Onis .*Aspectos innovadores del nuevo patrón de crecimiento de la OMS. Crecimiento en niños amantados.* -Modulo N° 2. PRONAP. 2005.

aproximadamente a una prevalencia del 28%. Pero, afortunadamente, a partir de este momento comenzó a observarse un aumento de la frecuencia de la lactancia materna.

En nuestro país, en la Encuesta sobre Lactancia Materna en la Provincia de Buenos Aires, realizada por el programa Materno Infantil en el año 1998, se obtuvo una prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva, en los niños menores de un mes, por debajo del 60% (56,38%), llegando a los 4 meses de vida al 16,45%, y decayendo a los 6 meses al 3,60%. También pudo observarse como, al año de vida, un 40% de los niños continuaba con Lactancia Materna Parcial y un 30% aun lo hacían al llegar al año y medio.

El Estudio CLACYD (Estudio Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo), longitudinal y prospectivo, llevado a cabo en 1993, muestra que si bien el 98% de los niños reciben lactancia materna al momento del nacimiento, al mes de vida solo un 26% recibía lactancia materna completa, un 60% lactancia materna parcial y un 14% lactancia materna artificial.

A los 3 meses solo el 52% continuaba recibiendo leche materna, y a los 6 meses lo hacía el 32% de los niños.²²

²² María E. Torresani. *Cuidado Nutricional Pediátrico .Prevalencia y duración de la lactancia materna.* -2da ed. Buenos Aires. Editorial: Eudeba. 2006.

4.1. Embarazo y maternidad en la adolescencia

La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la *adolescencia temprana*, de los 10 hasta los 14 años, y la *adolescencia tardía*, de los 15 a los 19 años.

Las consecuencias de la edad y del género conjuntamente con las condiciones socioeconómicas, inducen a los adolescentes a conductas de riesgo tornándolos vulnerables a problemas de diversas índole entre ellos el embarazo precoz. La gestación a destiempo se considera un problema de salud pública y de alto riesgo para la madre y su hijo y en este último de padecer desnutrición infantil, enfermedades prevenibles, trayendo como consecuencia aumento de la morbilidad infantil y esto ocurre porque la mayoría de las veces por desconocimiento de la madre adolescente no sabe cómo alimentar a su hijo.²³

El embarazo adolescente es el primer motivo de consulta de la población adolescente, representa un alto riesgo de mortalidad asociado al embarazo y parto, especialmente en menores de 16 años. En Argentina, más de 115.000 mujeres adolescentes dan a luz, incluyendo 3.000 menores de 15 años.²⁴

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América

²³ MSc. Milagros Varon. *Revista de medicina y ciencias de la salud*. "Lactancia materna en madres adolescentes". 2008. Recuperado el 2 de marzo del 2013, de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1244/1/Lactancia-materna-en-madres-adolescentes.-Una-vision-del-cuidado-humano>

²⁴ Organización Panamericana de Salud. *Maternidad segura*. 2002. Recuperado el 2 de marzo del 2013, de: http://new.paho.org/ims/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=62&Itemid=&lang=es

Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.²⁵

Más del 10% de todos los nacimientos en Estados Unidos corresponden a adolescentes.²⁶

²⁵ Boletín de la Organización Mundial de la Salud. “Embarazos en adolescentes, un problema culturalmente complejo”. 2009. Recuperado el 15 de abril de 2013, de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

²⁶ Diane E. Papalia. “Desarrollo Humano”. –Novena ed. México. Editorial: Mc.Graw-hill. 2005.

5. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

5.1. Área de estudio

El estudio se realizó con madres adolescentes que asistieron al Hospital San José de Pergamino, en la especialidad de maternidad y neonatología. Ubicado en Bv. Liniers 950.

El Hospital cuenta con 206 camas, de las cuales 180 corresponden a los servicios de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Tocoginecología y Obstetricia, Clínica Pediátrica, Neonatología, Cuidados Intensivos Adultos- Cuidados Intensivos Pediátricos y Salud Mental. Las restantes se destinan a Internación de pacientes con patología infectocontagiosas.



Hospital San José de Pergamino.
Dependiente del Ministerio de Salud de la
Provincia de Buenos Aires, Argentina.
Es un hospital público provincial.

Pergamino es una ciudad del norte de la Provincia de Buenos Aires. Por su importancia se la conoce como: *La Perla del Norte*. Se encuentra a 30 km del límite con la provincia de Santa Fe. Su población es de 104.922 habitantes.

Buena parte de sus tierras, como las de la región, se encuentran entre las más cotizadas de Argentina. Pergamino se encuentra en uno de los vértices del triángulo agrario, con las ciudades de Rosario y de Venado Tuerto. También concentra un complejo semillero, confeccionista, y agroindustrial.

Es cruce de cuatro importantes rutas: Nacional 8, Nacional 188, Nacional 178 (tiene su "Km. 0" en Pergamino) y Provincial 32.

Pergamino es una ciudad que surgió sin acta de fundación ni documento bautismal que precise su génesis. El documento más antiguo encontrado hasta el momento que hace referencia a La Dormida del Pergamino es un acta del Cabildo de 1626. Pero el nacimiento de La Dormida debió producirse entre los años 1586 a 1600, cuando se intensificó el tráfico entre Buenos Aires y el Alto Perú. La importancia que adquirió este lugar se debió principalmente al hecho que desde aquí partían tres rutas: a Buenos Aires, a Córdoba y Tucumán y a Cuyo (Mendoza, San Juan, Chile).

El 23 de octubre de 1895, Pergamino fue declarada ciudad por ley del Senado y de la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires.

5.2. Tipo de estudio

El abordaje metodológico a utilizar es de carácter observacional, descriptivo de corte transversal. El método a utilizar es cuali-cuantitativo.

El presente estudio es observacional ya que no hay intervención por parte del investigador, se observó a un conjunto de población en un intento de encontrar tendencias.

Es descriptivo ya que se describen los datos y características de la población o fenómeno de estudio y transversal porque permite analizar los hechos 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.

5.3. Población objetivo o población en estudio

La población objetivo son madres adolescentes de 14 a 19 años, que acuden al Hospital San José de Pergamino, en el mes de abril del año 2013, al servicio de neonatología.

5.4. Universo

Compuesto por 30 madres adolescentes, con hijos menores de 6 meses; que concurren a los consultorios de neonatología, en el mes de abril del año 2013.

5.5. Muestra

En razón de que la totalidad de la población bajo estudio, fue de 30 madres adolescentes en el rango de edad determinado por la investigación, se prescindió de un mecanismo muestral tomándose la totalidad de la población objetivo.

Criterios de inclusión

- Madres con edades entre 14 y 19 años.
- Hijos menores de 6 meses.
- Que asistan al hospital San José de Pergamino.
- Que acepten formar parte del estudio.

Criterios de exclusión

- Madres que no cumplan con el rango etáreo de edad.
- Hijos mayores de 6 meses.
- Que no asistan al hospital San José de Pergamino.
- Que no acepten formar parte del estudio.

5.6. Técnica de recolección de datos.

La técnica utilizada fue la entrevista, mediante una encuesta integrada por 16 preguntas; de carácter cuali-cuantitativo.

La encuesta se realizó a las madres adolescentes, que se encontraban dentro de los criterios de inclusión correspondientes, durante 3 semanas del mes de abril del año 2013, eligiendo 2 días alternativos semanalmente tomados al azar, para evitar sesgos de selección de días sobre la población recepcionada.

Se realizó de manera personal e individualmente.

Instrumento utilizado.

El instrumento de recolección de datos ha sido una encuesta compuesta por 16 preguntas diferentes. Este instrumento fue chequeado previamente en un muestreo piloto realizado en un grupo poblacional más reducido de 10 personas. Siendo favorable el resultado obtenido en la evaluación de la comprensión y la efectividad de las preguntas para lograr los objetivos buscados por el instrumento.

- Encuesta: compuesta por 16 preguntas, de carácter cuali-cuantitativo.

Preguntas como, si fue un embarazo deseado, si cuentan con el apoyo de su familia y pareja, si bien no se vinculan en forma directa con el proceso de lactancia en si, constituyen un soporte emocional de gran importancia para la predisposición materna hacia la lactancia.

Nota: el prototipo de encuesta utilizada está presente en el Anexo 1.

5.7. Trabajo de campo

En primer lugar se dirigió una comunicación al jefe del servicio de neonatología del Hospital San José de Pergamino, solicitando la autorización para aplicar el instrumento a las madres adolescentes que concurrían con sus hijos a la consulta de niños sanos de dicho hospital.

Antes de aplicar el instrumento, se hizo la correspondiente presentación y se les explicó a las madres el objetivo de la investigación.

Durante el desarrollo de la encuesta se estableció una relación de confianza y respeto lo cual facilitó que la información se diera con mayor fluidez, más natural y espontánea.

El trabajo de campo se ha realizado durante el mes de abril del 2013, en la ciudad de Pergamino, en los consultorios de neonatología del Hospital San José.

Dicho trabajo se llevo a cabo con una concurrencia de 2 días por semana, tomados al azar, durante 2 horas diarias.

La primera semana: el día: lunes, donde se entrevistaron a 8 madres adolescentes; y el jueves, a 3 madres.

Segunda semana: el martes, a 4 madres y viernes a 6 madres.

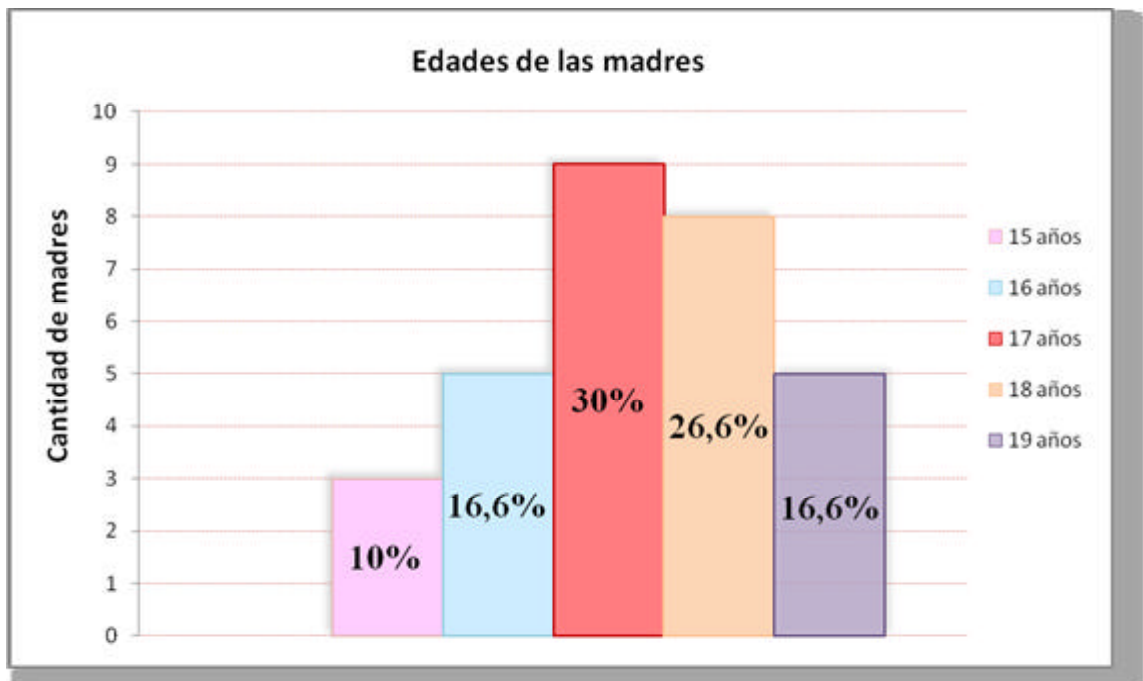
Tercera semana: el lunes, a 5 madres y miércoles a 4 madres.

Siempre en el horario de 10 a 12 am, donde en total fueron encuestadas 30 madres adolescentes, con edades que oscilaban entre los 14 y 19 años, y que tenían hijos menores de 6 meses.

5.8. Resultados obtenidos.

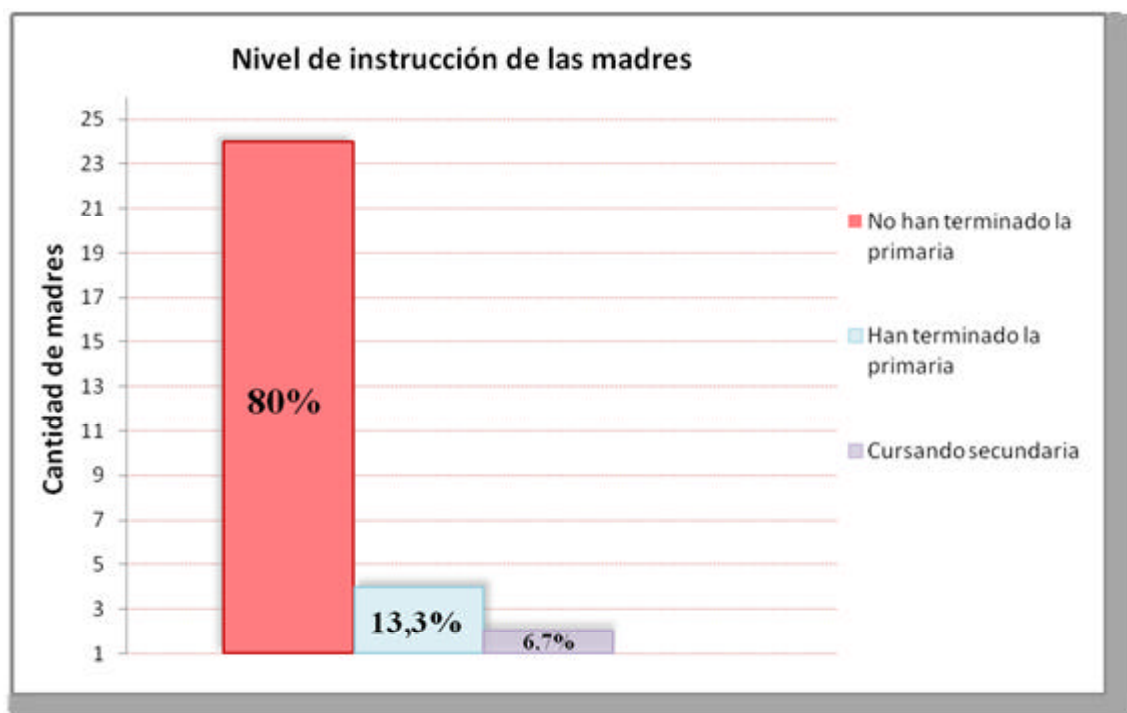
En cuanto a las edades de las madres adolescentes entrevistadas, se pudo observar que la mayoría de ellas presentaba 17 años (30%), seguido de 18 años (26,7%), se observó la misma cantidad de madres de 16 años (16,6%), y 19 años (16,6%), y la menor cantidad de madres con 15 años (10%).

Gráfico 1.



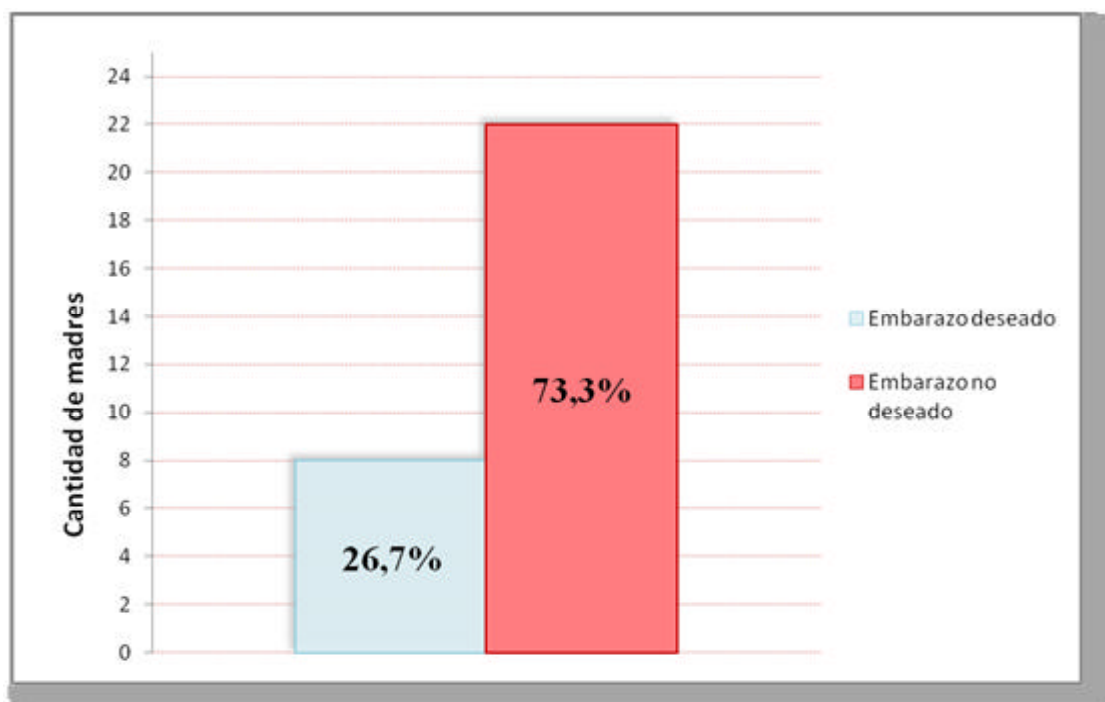
Respecto al nivel de instrucción, la mayor cantidad de las madres adolescentes no habían terminado la primaria, 24 de ellas (80%). Seguido de 4 madres que si la habían finalizado (13,3%); y 2 madres (6,7%) que se encontraban cursando la secundaria.

Gráfico 2.



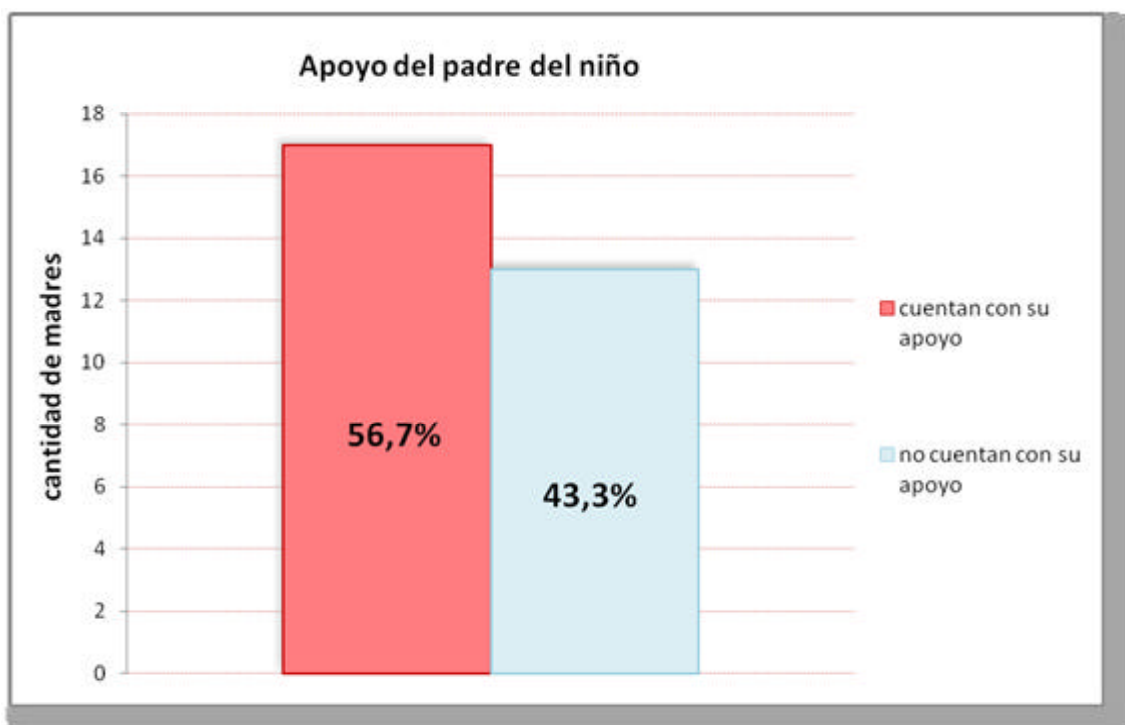
Al momento de preguntar si el embarazo había sido deseado o no, 22 madres respondieron que no lo había sido (73,3%), y 8 de las madres adolescentes (26,7%) que había sido un embarazo deseado.

Gráfico 3.



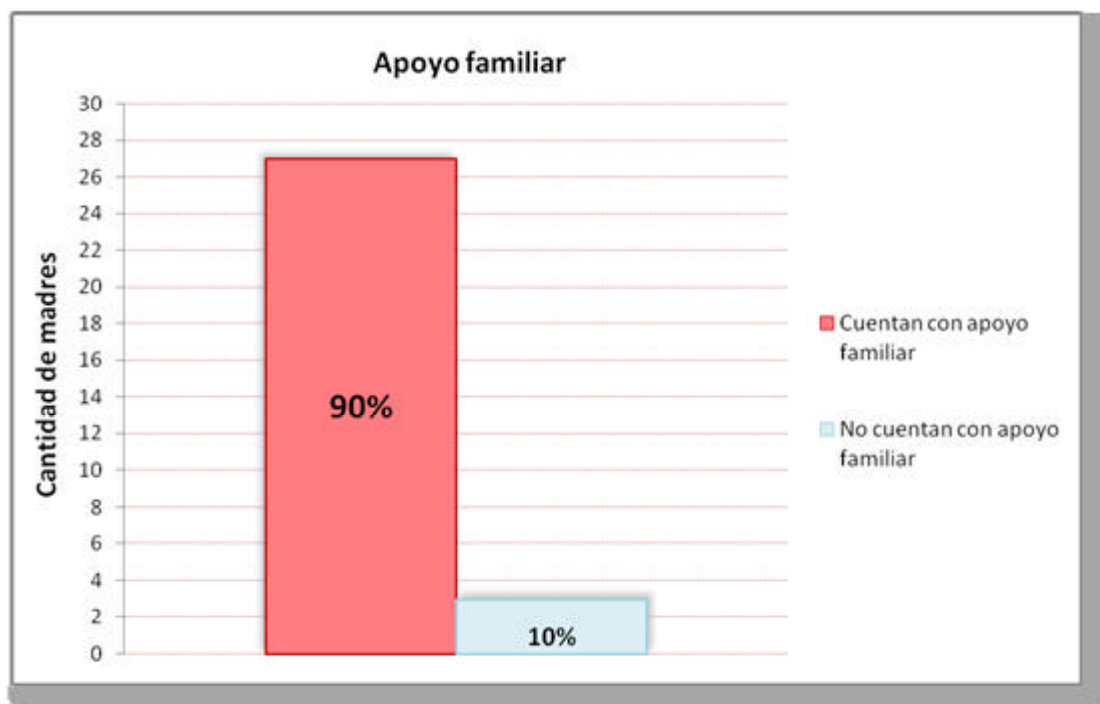
Se les pregunto si contaban con el apoyo del padre del niño, a lo que 17 de las madres (56,7%) respondieron que sí; 13 de ellas (43,3%) respondieron no contar con el apoyo del padre del niño.

Gráfico 4.



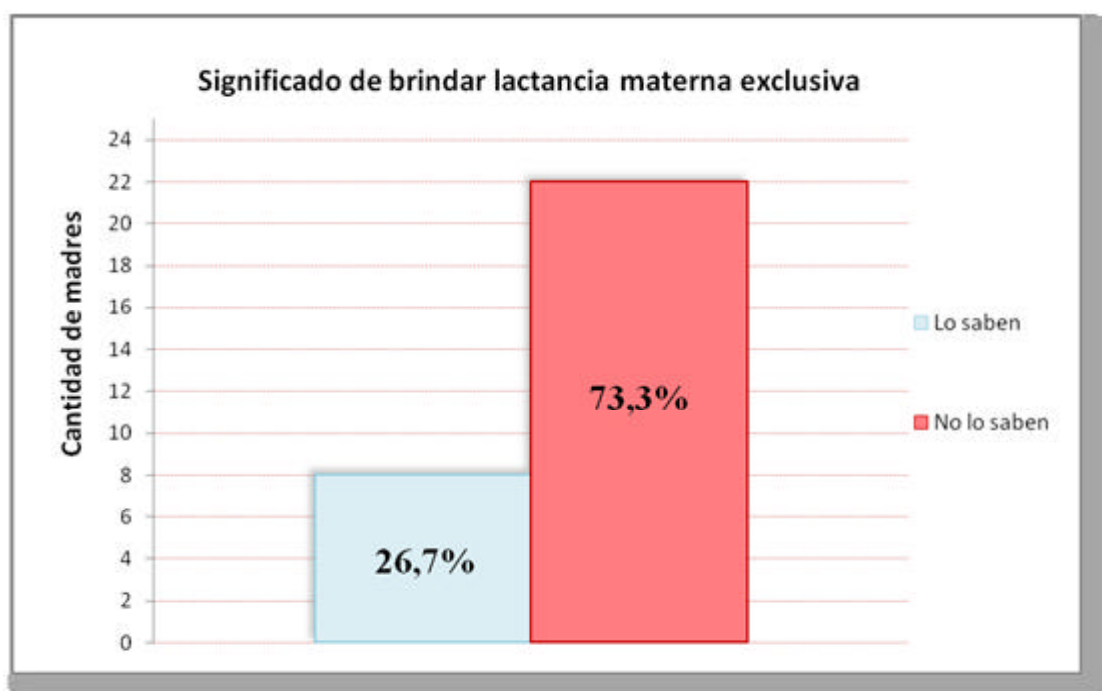
La mayoría de las madres contaba con el apoyo de su familia, 27 de ellas (90%); solo 3 de las madres (10%) respondió no contar con apoyo familiar.

Gráfico 5.



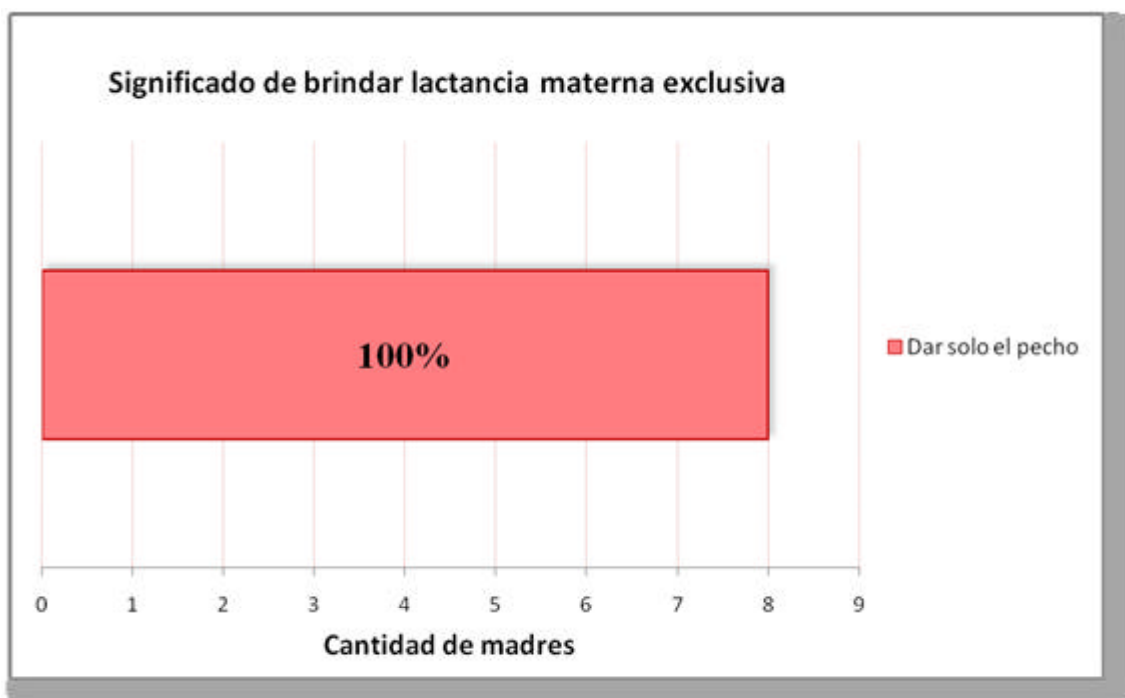
Se pudo observar que la mayor cantidad de madres adolescentes, 22 de ellas (73,3%) desconocían lo que significa brindar lactancia materna exclusiva, sólo 8 (26,7%) pudieron responder sobre el significado de esta práctica.

Gráfico 6.



A las 8 madres que manifestaron saber lo que significaba brindar lactancia materna exclusiva, se les preguntó si podían explicar que era para ellas. Las 8 madres adolescentes respondieron que para ellas era dar solo el pecho.

Gráfico 7.



Se preguntó qué tipo de lactancia brindan ellas a sus niños, y el motivo de esa elección.

Se pudo observar un predominio de lactancia parcial (43,3%), llevada a cabo por 13 madres; seguida de lactancia artificial (30%), practicada por 9 madres; y el menor porcentaje (26,7%) alimenta con lactancia materna exclusiva, lo que correspondería a 8 madres.

Los motivos de elección de lactancia materna, fueron según 6 madres (75%) por ser considerada el mejor alimento; y para 2 madres (25%) por recomendación del médico.

De las 13 madres que practicaban lactancia materna parcial, 5 (38,5%) lo hacían porque el niño no aumentaba correctamente de peso solo con leche materna; 4 madres (30,7%) manifestaron que lo hacían por comodidad; 2 madres (15,4%) por tener dificultad horaria para brindar exclusivamente lactancia materna; y 2 madres por tener dolor en las mamas.

De las 9 madres que brindaban lactancia artificial, 5 (55,6%) expresaron elegir esta técnica porque consideraban que se obtienen mejores resultados; 3 madres (33,3%) por dolor de las mamas (sensación de quemazón, pinchazos, dolor intenso al amamantar); y 1 madre (11,1%) por falta de tiempo.

Gráfico 8.

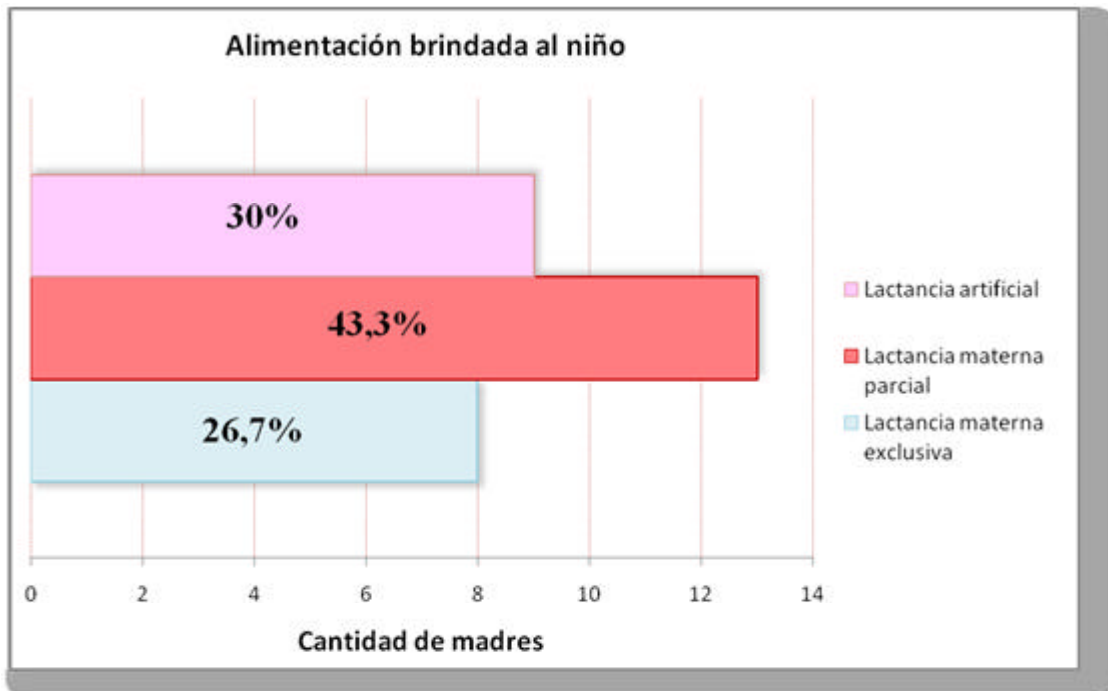


Gráfico 9.

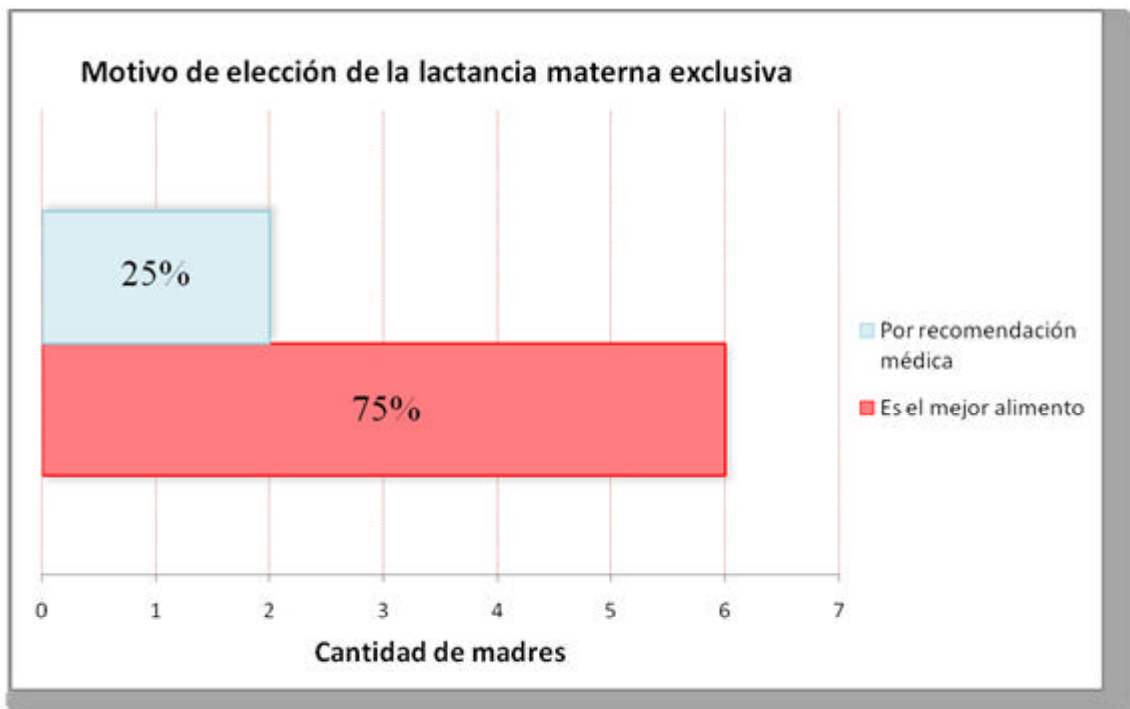


Gráfico 10.

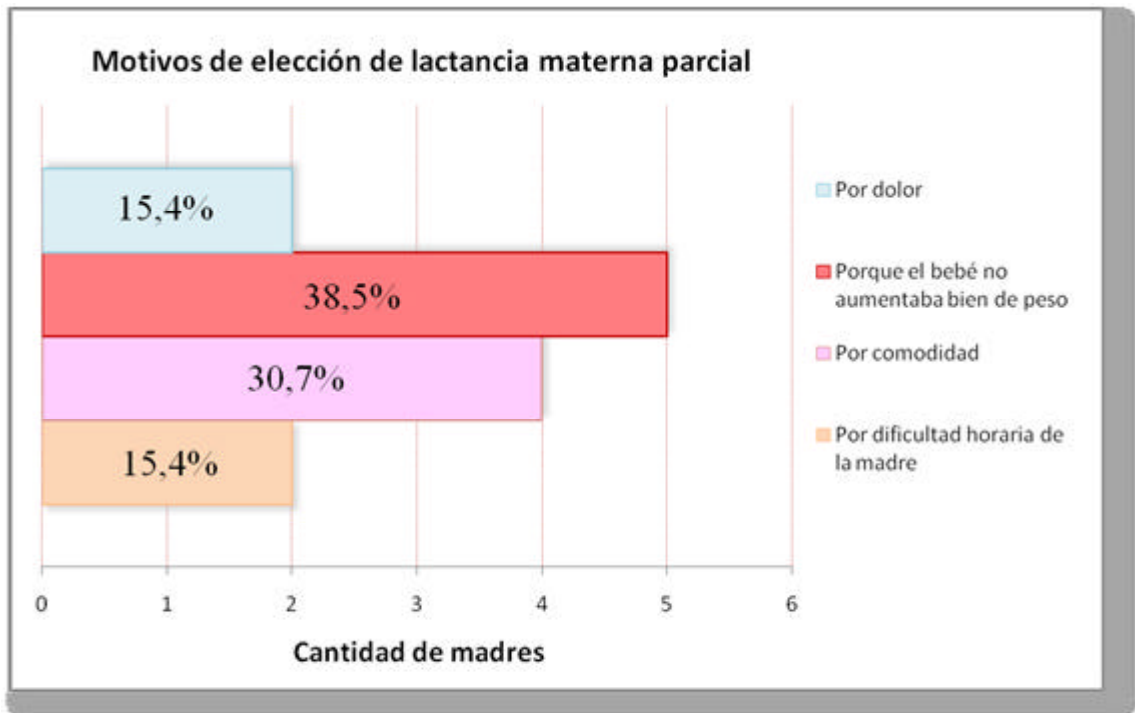
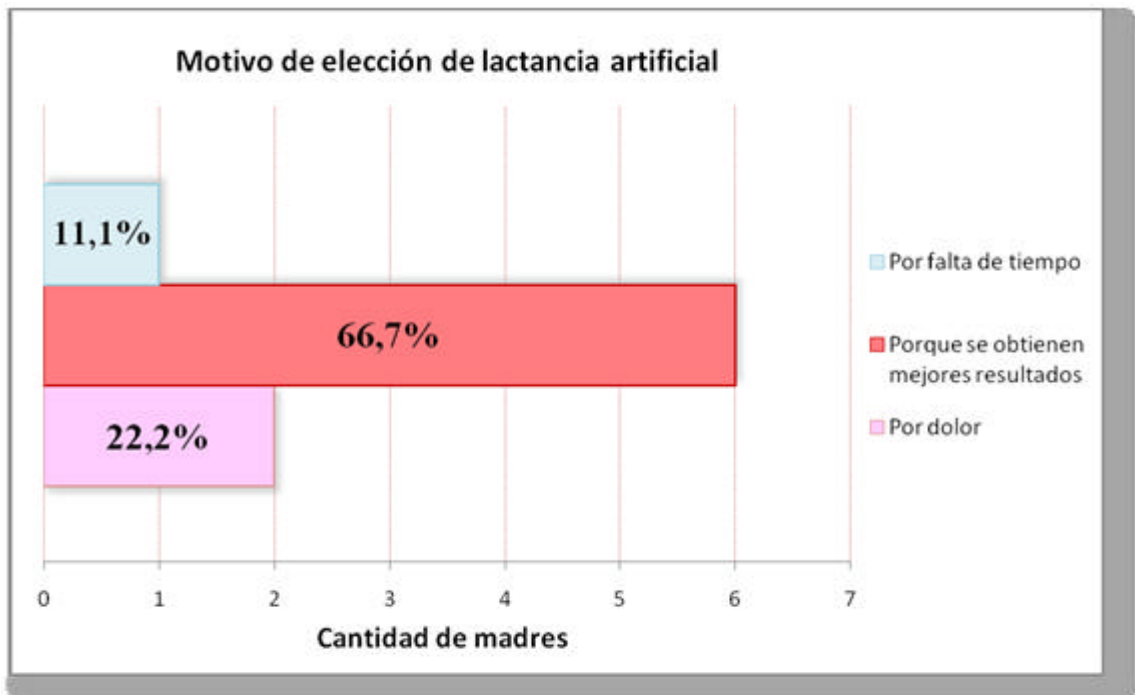
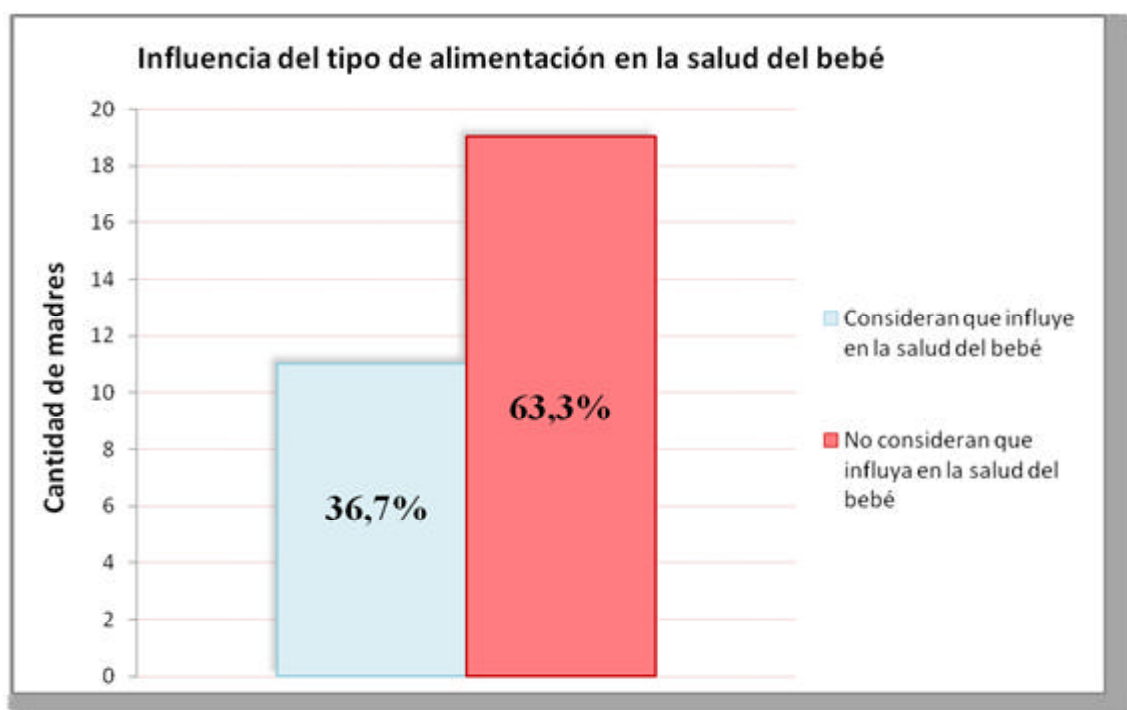


Gráfico 11.



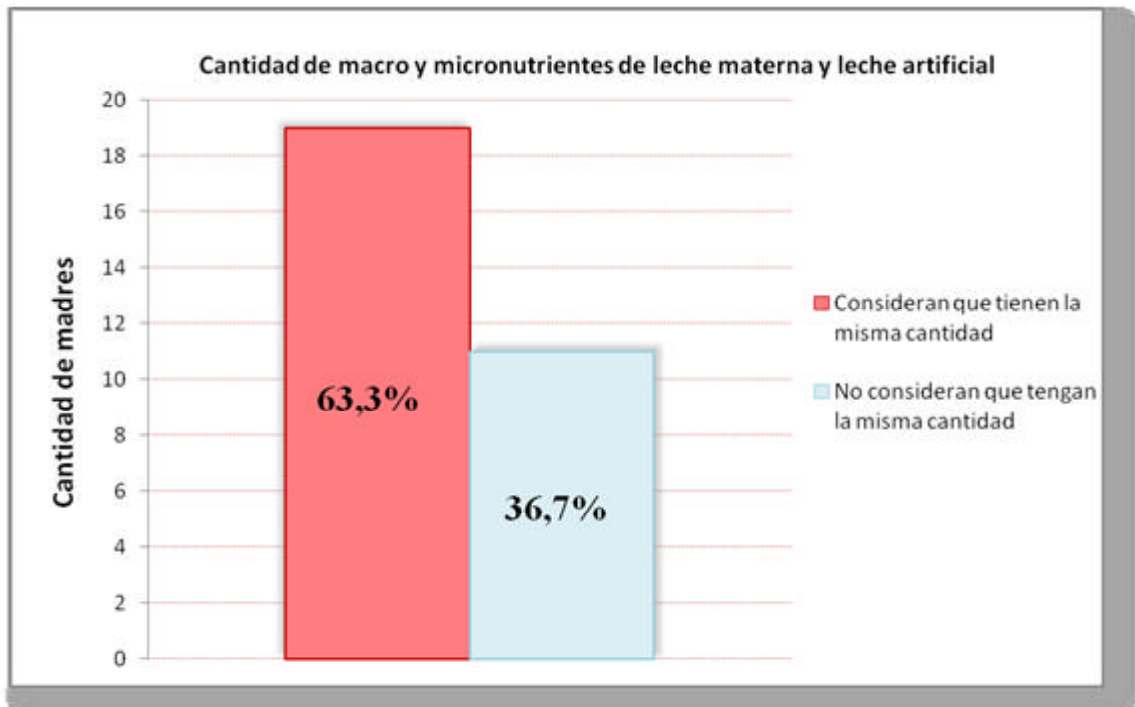
Luego se preguntó si consideraban que el tipo de alimentación (ya sea lactancia materna o artificial) podía tener alguna influencia en la salud del bebé; observando que 19 de las madres (63,3%) no creían que pueda haber alguna influencia en la salud del niño según la alimentación; 11 madres (36,7%) respondieron que sí consideraban que podría haber influencias.

Gráfico 12.



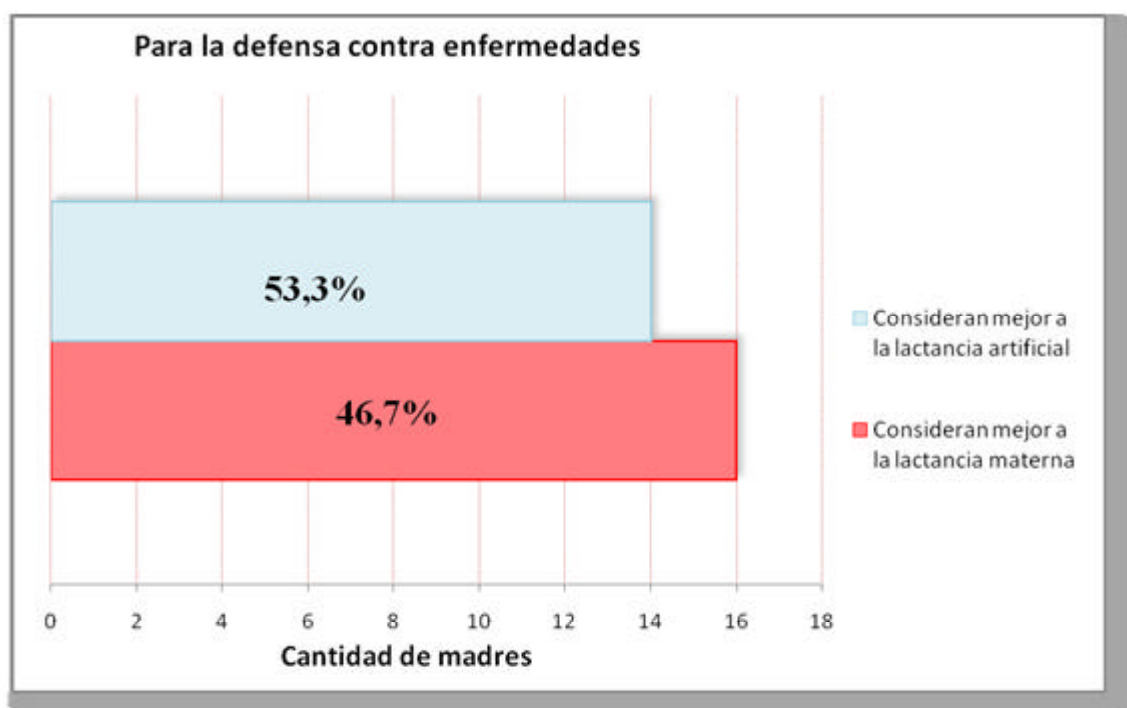
Al momento de preguntarles si consideraban que la leche artificial y la leche materna contenían la misma proporción de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales, la menor cantidad de las madres, 11 de ellas (36,7%) respondió que no creían que así sea, siendo 19 madres (63,3%) las que sí creían que ambos tipos de lactancia contenían la misma cantidad.

Gráfico 13.



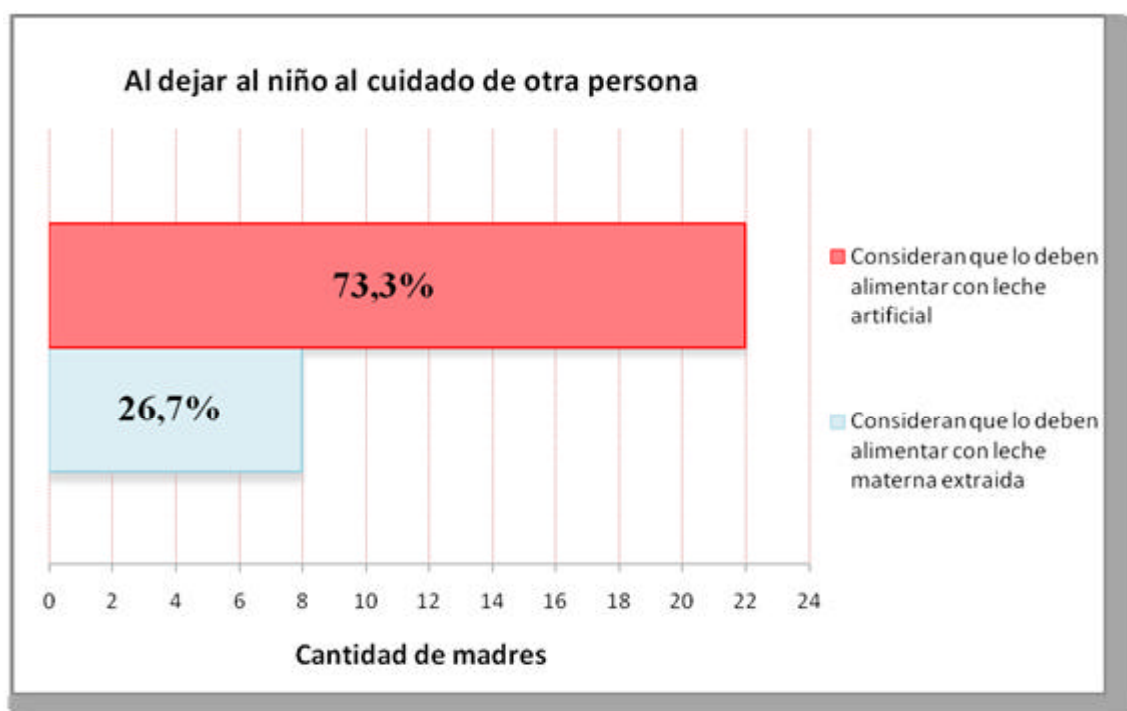
También se les pregunto para la defensa contra enfermedades, qué tipo de lactancia (materna o artificial), creían que era mejor; observando que 16 madres adolescentes (53,3%) respondieron considerar mejor a la lactancia materna; 14 de ellas (46,7%) creían preferible la lactancia artificial.

Gráfico 14.



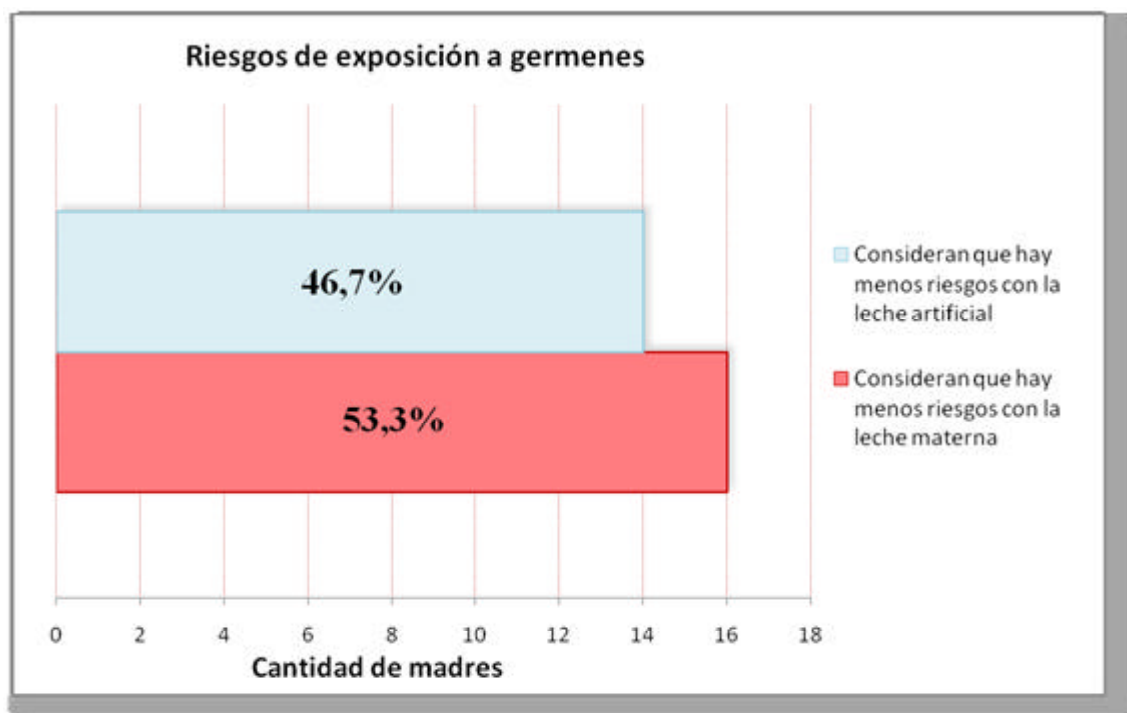
Al estar fuera de casa y dejar al bebé al cuidado de otra persona, se les preguntó cómo creían que se debería alimentar al niño. A lo que 22 de las madres (73,3%), aseguró que se lo alimentaría con lactancia artificial. Sólo 8 madres (26,7%) consideraban la leche materna extraída.

Gráfico 15.



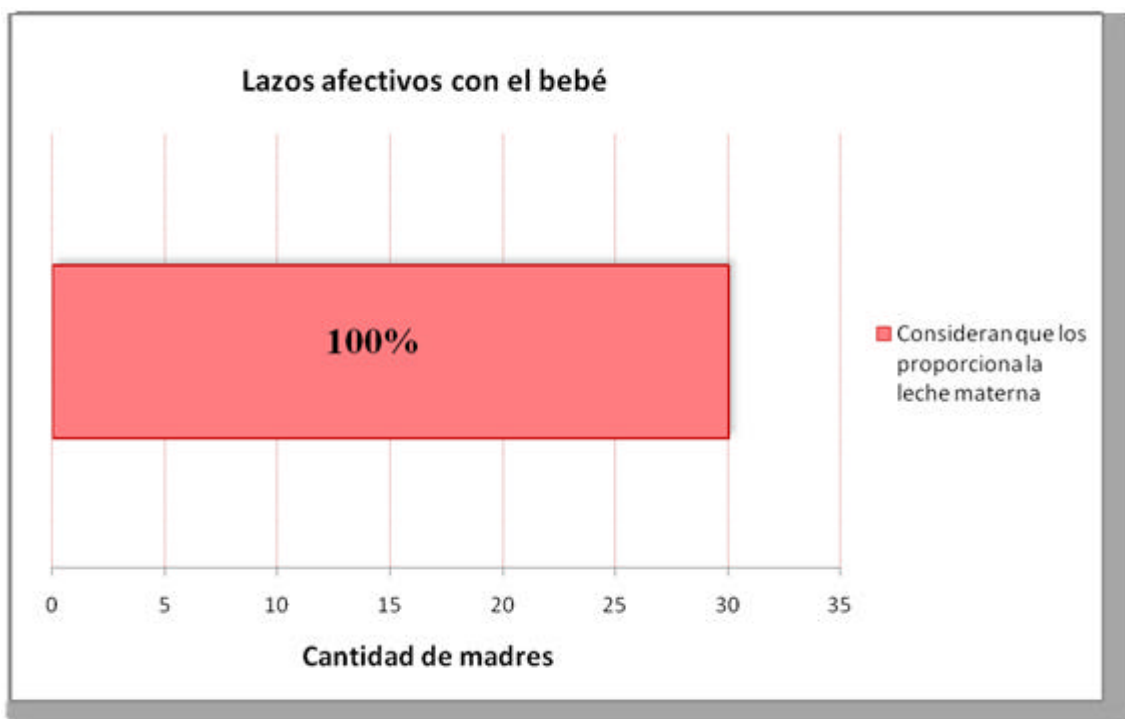
Con respecto a los riesgos de exposición a gérmenes, 16 madres (53,3%), consideraban mejor a la lactancia materna; 14 de ellas (46,7%), consideró mejor a la lactancia artificial.

Gráfico 16.



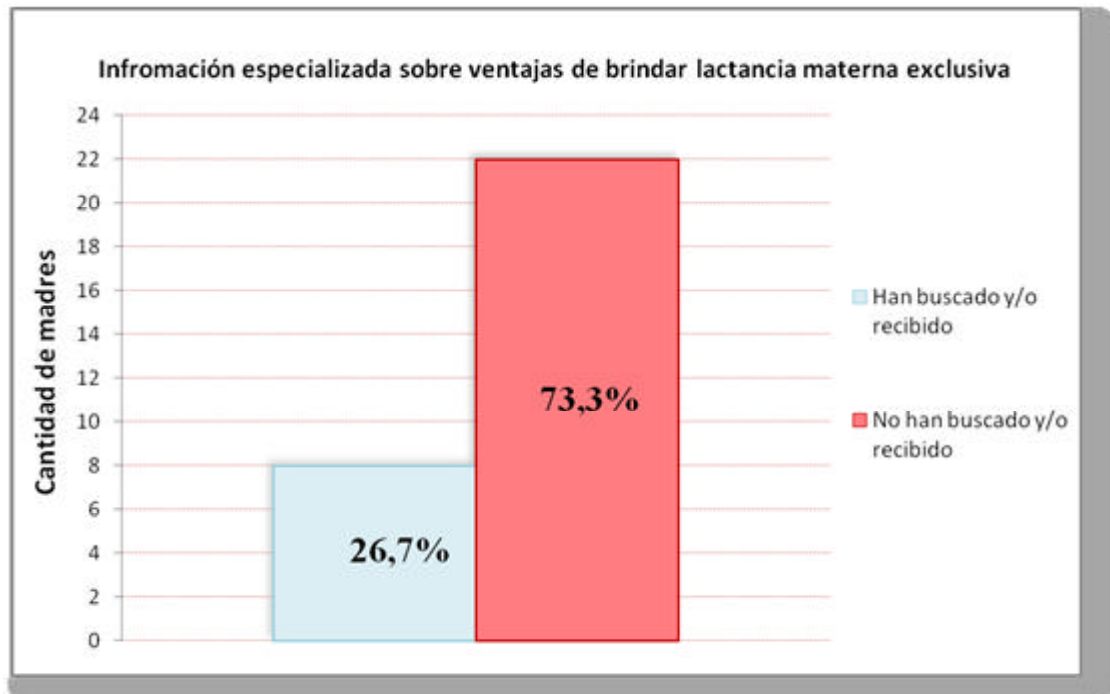
Se les preguntó qué tipo de lactancia creían que creaba lazos afectivos con el bebé, y las 30 madres respondieron a favor de la lactancia materna.

Gráfico 17.



Por último se preguntó si habían buscado y/o recibido información especializada sobre las ventajas de brindar lactancia materna exclusiva; se pudo concluir que 22 madres (73,3%) no habían recibido ni buscado información especializada sobre el tema, y sólo 8 madres (26,7%) si lo habían hecho, ya sea por parte del personal de salud o por haber asistido a cursos pre-parto.

Gráfico 18.



CONCLUSIÓN

Se puede concluir que las madres adolescentes que alimentan exclusivamente con lactancia materna a sus hijos, han sido quienes tuvieron un embarazo deseado, y aquellas que recibieron información sobre los beneficios de brindar lactancia materna exclusiva.

La presente investigación reveló que más de la mitad de las madres (73,3%) no habían recibido orientación de tipo informativa y por lo tanto no tenían conocimientos necesarios sobre lactancia materna, que debería transmitirles el personal de salud.

De acuerdo al conocimiento de las madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la artificial, en menores de seis meses, éste estudio demostró que existe un mayor conocimiento en cuanto a las ventajas psicoafectivas, inmunológicas e higiénicas. El mayor desconocimiento se registró en lo referente a las ventajas nutricionales.

El rol protagónico que juega la adolescente en todo este proceso debe estar acompañado de las mejores condiciones posibles, con el estímulo, apoyo y respaldo permanentes de su entorno personal, familiar y social, así como del personal de salud.

Se requieren acciones permanentes en los ámbitos hospitalario y comunitario para reforzar conocimientos adecuados y rectificar los inadecuados a fin de promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

Queda mucho camino que recorrer para lograr que mayores porcentajes de mujeres logren ofrecer a su niño la lactancia materna exclusiva por el período recomendado por la OMS.

RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- Mantener las medidas que fomentan la lactancia materna en forma exclusiva hasta los seis meses de edad, y luego en forma complementaria hasta los dos años.
- Estimular la capacitación del personal de salud, para que cuenten con las herramientas necesarias para comunicarles de manera adecuada a las madres adolescentes como alimentar a sus niños.
- Mantener abiertos los canales de información a todas las adolescentes embarazadas y a las que ya han sido madres, de los beneficios que ofrece la lactancia materna y todas las técnicas que permitan que el amamantamiento se lleve a cabo en una forma satisfactoria para el binomio madre-hijo.
- Mostrar a las madres cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de su hijo.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo hacia la lactancia natural, y procurar que las madres adolescentes se encuentren en contacto con ellos.

Bibliografía

Bibliografía de libros

- ❖ Asociación Española de Pediatría. *Alimentación del lactante Sano. Manual Práctico de Nutrición en Pediatría*. Madrid: ergon, 2007. (44.p).
- ❖ Balbiano, Alejandro J. *Salud y Adolescencia*. Buenos Aires: Santillana, 2012. (240p. Pág. 169).
- ❖ Merck, Sharp y Dohme. *Nuevo Manual Merck de información Medica General. Alimentación con leche materna*. 2da edición. España: océano, 2010. (pp. 1763,1764).
- ❖ Cisaruk, E *Pediatría 2000. Lactancia Materna*. Rosario: UNR editora, 2000. (Capitulo 8. pp. 111-119)
- ❖ Cusminsky, M. y cols. *Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Promoción de la lactancia materna*. 2ª edición. Washington D.C: Paltex, 2001. (pp. 120-122)
- ❖ Papalia, Diane. *Desarrollo Humano. Embarazo y Maternidad en la Adolescencia*. 9a edición. México: Mc. Graw-Hill, 2005. (p.485).
- ❖ Torresani, M.E. *Cuidado nutricional pediátrico. Composición nutricional de la leche humana madura*. 2da edición. Buenos Aires: Eudeba, 2006. (816 p.p81, 96).

Bibliografía de Internet

- ❖ Alonso Pallas C. *Promoción de la lactancia materna*. 2006. Recuperado el 10 de noviembre de 2012 de:
http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf

- ❖ Desarrollo Infantil. *Comparativa entre leche materna y artificial*. 2010.
Recuperado el 6 de marzo de 2013 de: <http://www.desarrolloinfantil.net/nutricion-infantil/comparativa-leche-materna-leche-artificial-vaca>
- ❖ FAO. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Nueva York. 2002.
Recuperado el 17 de febrero de 2013 de:
<http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s00.htm#Contents>
- ❖ Ministerio de salud. *Manual de Lactancia Materna. Composición de la leche humana madura*. 2010. Pág. 97-106. Recuperado el 3 de agosto del 2012 de:
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>
- ❖ UNICEF. *Relación Costo-Beneficio de las intervenciones de promoción sobre la lactancia materna vs. Laboratorios de formulas lácteas*. Panamá. 2006.
Recuperado el 17 de marzo de 2013 de:
http://www.unicef.org/panama/spanish/estudio_lactancia-web.pdf
- ❖ UNICEF. *Manual de lactancia para profesionales de la salud. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Chile. 1995.
Recuperado el 12 de noviembre de 2012 de:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>
- ❖ UNICEF. *La adolescencia una época de oportunidades*. 2011. Recuperado el 3 de agosto del 2012 de:
http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
- ❖ UNICEF. *Consejería en lactancia materna*. 1998. Recuperado el 3 de septiembre del 2012,

de:http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria__en_Lactancia_Materna.pdf

- ❖ Varon Milagros. *Revista de Medicina y Ciencias de la Salud. Lactancia materna en madres adolescentes*. 2008. Recuperado el 2 de marzo del 2013, de:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1244/1/Lactancia-materna-en-madres-adolescentes.-Una-vision--del-cuidado--humano>

ANEXOS

ENCUESTA



- 1- Edad de la madre:
- 2- Nivel de instrucción de la madre:
- 3- ¿Fue un embarazo deseado?
- 4- ¿Se encuentra actualmente en pareja con el padre de su hijo/a? ¿Cuenta con su apoyo?
- 5- ¿Cuenta con el apoyo de su familia?
- 6- ¿Sabe lo que significa brindar lactancia materna exclusiva?
- 7- En caso de saber, ¿me podrías contar que significa para usted?
- 8- ¿Qué tipo de lactancia le brinda a su hijo? ¿Por qué?
- 9- ¿Considera que el tipo de lactancia, ya sea materna o artificial, influye en la salud del bebé?
- 10- ¿Considera que la leche materna y la leche artificial contienen la misma proporción de proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y minerales?
- 11- Para la defensa contra enfermedades, ¿Qué tipo de lactancia cree que es preferible para su bebé?
- 12- Si trabaja o está fuera de casa, ¿cómo cree que debe alimentar a su bebé menor de seis meses?
- 13- En el aspecto higiénico, ¿Qué tipo de lactancia cree que aporta menos riesgos de exposición a gérmenes?
- 14- ¿Qué tipo de lactancia cree que proporciona lazos afectivos con el bebé?
- 15- ¿Ha buscado y/o recibido información especializada sobre las ventajas para el niño de la alimentación con leche materna exclusiva?