



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre lactancia materna en madres con niños menores de 2 años que acuden a los 110 CIBV y realización de un plan de intervención de salud en la Provincia de Bolívar, Noviembre 2012- Enero 2013”

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE:

NUTRICIONISTA DIETISTA

MIRIAN YOLANDA GUANO GUANO

RIOBAMBA-ECUADOR

2013

CERTIFICADO

La Directora de Tesis certifica que la presente investigación fue revidado y se autoriza su presentación.

Dra. Dayana Villavicencio B

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICACIÓN

Los miembros de Tesis certifica que la presente investigación titulada: **“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre lactancia materna en madres con niños menores de 2 años que acuden a los 110 CIBV y realización de un plan de intervención de salud en la Provincia de Bolívar, Noviembre 2012-Enero 2013”** de responsabilidad de la Señorita Mirian Yolanda Guano Guano ha sido revisado y autorizada su publicación.

Dra. Dayana Villavicencio B.

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Valeria Carpio A.

MIEMBRO DE TESIS

Riobamba, 17 de Junio 2013

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Escuela de Nutrición y Dietética por abrirme las puertas al mejoramiento académico, a sus docentes por sus valiosos conocimientos impartidos que de seguros han sido sembrados en tierra fértil.

A la Dra. Dayana Villavicencio Directora de Tesis, Dra. Valeria Carpio Miembro de Tesis, por el tiempo que me han dedicado para el desarrollo de esta investigación.

A la Dra. Mercedes Romero Nutricionista de la Provincia Bolívar que con paciencia y mucha sabiduría me guió con paciencia y profesionalismo durante el desarrollo o el cumplimiento de mis prácticas pre profesional.

Al Ministerio de Salud Pública y al MIES de la Provincia de Bolívar que me abrió sus puertas y me permitió la realización de esta investigación.

A todas las personas que han sacrificado su tiempo, les agradezco por su comprensión y amor, ya que esto me ha permitido cumplir la meta profesional a nivel de pre-grado y avanzar nuevos rumbos.

Yolanda

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico primeramente a Dios por haberme dado la sabiduría, paciencia y el valor para concluir mi carrera profesional con éxito ya que este fue mi mayor anhelo.

Así también dedico este trabajo a mis padres por el esfuerzo desmedido que tuvieron durante todo el tiempo de mi vida universitaria, quienes constantemente estuvieron motivándome para que logre alcanzar este tan grande y anhelado objetivo, que con constancia y perseverancia he logrado cristalizar.

Yolanda

ÍNDICE DE CONTENIDO

| N° | CONTENIDO | PÁGINA |
|------|---|--------|
| I. | <u>INTRODUCCIÓN</u> | 1-2 |
| II. | <u>OBJETIVOS</u> | |
| | A. GENERAL | 3 |
| | B. ESPECIFICO | 3 |
| III. | <u>MARCO TEÓRICO</u> | |
| | A. Lactancia materna | 4-22 |
| | B. Técnicas de amamantamiento | 22-24 |
| | C. Problemas más frecuentes de la lactancia materna | 24-30 |
| | D. Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias, actitudes respecto de la lactancia materna en madres de niños/as | 30-38 |
| IV. | <u>METODOLOGÍA</u> | |
| | A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN | 39 |
| | B. VARIABLE | |
| | 1. <u>Identificación</u> | 39 |
| | 2. <u>Definición</u> | 39-40 |
| | 3. <u>Operacionalización</u> | 40-43 |
| | C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 44 |
| | D. POBLACIÓN MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO | 44 |

| | |
|--|-------|
| E. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO | 44-45 |
| V. <u>RESULTADOS Y DISCUSION</u> | 46-73 |
| VI. <u>CONCLUSIONES</u> | 74 |
| VII. <u>RECOMENDACIONES</u> | 75 |
| VIII. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> | 76-77 |
| IX. <u>ANEXOS</u> | |
| 1. Oficio | 78 |
| 2. Nivel Inserción social | 79 |
| 3. Encuesta | 80-83 |
| 4. Consentimiento | 84 |
| 5. Plan de educación sobre lactancia materna | 85-88 |

ÍNDICE DE GRÁFICO

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CIBVs SEGÚN PARROQUIAS..... | 46 |
| GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN AL ÁREA QUE PERTENECEN..... | 47 |
| GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL NIVEL DE INSERCIÓN SOCIAL..... | 48 |
| GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MADRES SEGÚN EDAD..... | 49 |
| GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MADRES LACTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL..... | 50 |
| GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN..... | 51 |
| GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN OCUPACIÓN..... | 52 |
| GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA A SU BEBÉ..... | 53 |
| GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA..... | 54 |
| GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA EDAD QUE DEBE DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA..... | 55 |
| GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES DE ACUERDO A PRÁCTICAS REALIZADAS SI EL BEBÉ DUERME MAS DE DOS HORAS..... | 56 |
| GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ACERCA DE CÓMO DEBE ALIMENTAR AL BEBÉ CUANDO LA MADRE TRABAJA O ESTÁ FUERA DE CASA..... | 57 |
| GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE QUE DEBE HACER SI EL BEBE MENOR DE 6 MESES TUVIERA DIARREA..... | 58 |

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MUJERES QUE NO DEBEN DAR DE LACTAR..... | 59 |
| GRÁFICO 15. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS NUTRIENTES DE LA LECHE MATERNA..... | 60 |
| GRÁFICO 16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES QUE CONOCEN LA EDAD EN QUE DEBE REALIZARSE EL DESTETE..... | 61 |
| GRÁFICO 17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA RAZÓN POR LA QUE DARÍA LECHE MATERNA EXCLUSIVA A SU BEBÉ..... | 62 |
| GRÁFICO 18. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MUJER..... | 63 |
| GRÁFICO 19. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA FRECUENCIA QUE DAN EL SENO MATERNO AL BEBÉ..... | 64 |
| GRÁFICO 20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA PRÁCTICA DE RETIRAR AL NIÑO/A DEL SENO..... | 65 |
| GRÁFICO 21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES QUE PREPARARON LOS PEZONES DURANTE EL EMBARAZO..... | 66 |
| GRÁFICO 22. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN ASEPSIA DE LAS MANOS ANTES DE DAR EL SENO MATERNO A SU HIJO/A..... | 67 |
| GRÁFICO 23. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA POSICIÓN UTILIZADA PARA DAR DE LACTAR AL BEBÉ | 68 |
| GRÁFICO 24. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN PRÁCTICA DE AMAMANTAMIENTO..... | 69 |
| GRÁFICO 25. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA..... | 70 |
| GRÁFICO 26. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN PRÁCTICA ADECUADA PARA REALIZAR UN BUEN DESTETE..... | 71 |
| GRÁFICO 27. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA..... | 72 |

ÍNDICE DE TABLA

| | |
|--|----|
| Tabla1. Componentes bioquímicas de la leche materna..... | 10 |
|--|----|

RESUMEN

La lactancia materna proporciona la alimentación ideal para el correcto crecimiento y desarrollo del recién nacido, tiene una especial influencia biológica y emocional en la salud de la madre y del hijo. La presente investigación se realizó con el objetivo de identificar conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños/as menores de 2 años de la provincia Bolívar, fue un estudio de tipo descriptivo. La población evaluada fue 1853 madres de niños/as menores de 2 años, para la recolección de datos se aplicó una encuesta donde se evaluaron características generales, socioeconómica, conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante el programa JMP 5.1 como resultado más importante están, el 63,2% de madres viven en el área rural, la mayoría de ellas trabajan en la agricultura o son amas de casa con una edad que oscila entre 20 y 34 años, el 91,6% de madres tienen excelentes conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, el 50,4% de madres tiene prácticas inadecuadas para retirar al niño/a del seno. En conclusión las madres tienen un adecuado conocimiento pero las prácticas sobre lactancia materna son inadecuadas por lo que se elaboró un plan de intervención de salud que servirá para fomentar la participación social de las madres, para construir un espacio físico donde se pueda realizar talleres de lactancia materna y puedan desenvolverse cómodamente al momento de realizar las actividades en el cuidado del niño/a.

SUMMARY

Breastfeeding provides ideal nutrition for the proper growing and development of the newborn. It has a special biological and emotional influence on the health of the mother and child. The present research was carried out in order to identify knowledge, attitudes and practices on breastfeeding in mother with children under 2 years in the Bolivar province. It was a descriptive study. The evaluated population was 1853 mothers of children under 2 year, for data collection, a survey was applied. General characteristics, socioeconomic, knowledge, attitudes and practices on breastfeeding were evaluated. The data were statically analyzed by means of the JMP 5 program. As a result 63.2% of the mothers live in rural areas, most of them work in agriculture and others are housewives with age between 20 and 34 years, 91.6% of mothers have excellent knowledge on exclusive breastfeeding, 50.4% of mothers have inadequate practices to remove the child of the breast. In conclusion mothers have adequate knowledge, but practices on breastfeeding are inadequate for this reason a plan on intervention health was developed. It will serve to promote social participation of mothers to build a physical space where workshops can be on breastfeeding to take care of the child.

I. INTRODUCCION

La lactancia materna proporciona la alimentación ideal para el correcto crecimiento y desarrollo del recién nacido y tiene una especial influencia biológica y emocional en la salud de la madre y del hijo. La OMS y la UNICEF recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, sin recurrir a ningún otro alimento, y a partir del séptimo mes mantener la lactancia el tiempo que la madre y el hijo quieran, complementada con otros alimentos adecuados hasta llegar a la dieta variada y equilibrada del adulto.

La leche materna tiene características nutricionales y metabólicas que la convierten en idónea para la alimentación del recién nacido, por su composición de proteínas, grasas, hidratos de carbono y sales minerales. Entre otras ventajas, la leche materna proporciona al recién nacido defensas contra las infecciones; además, supone un intercambio psicológico y un enriquecimiento de los vínculos afectivos entre la madre y el recién nacido.

La mal nutrición ha sido causa directa o indirecta de mortalidad infantil, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre niños/as menores de 5 años en el mundo tienen esta causa. Más de dos tercios de estas muertes a menudo se relacionan con prácticas inadecuadas de alimentación que ocurren durante el primer año de vida. Tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 4 meses de

vida: la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados. Según la última encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004), en el Ecuador la lactancia materna es una práctica generalizada durante las primeras 24 horas de vida, ya que 96,7% de los recién nacidos reciben lactancia materna; sin embargo apenas el 26,4% de las madres amamantaron a su hijo/a dentro de la primera hora de vida y el otro 73,6% durante el primer día. La lactancia materna alcanza una duración de 2,7 meses. Según información referida en la misma fuente citada y en el Boletín # 3: Salud materna y salud del niño/a. CEPAR: Quito; 2005, se puede concluir que: en cuanto a la evolución de las prácticas relacionados con lactancia materna; en 1994 recibió pecho 95% de niñas/as, en 1999 el 97%, y en 2004 el 96,7%.

La encuesta reportó que el 51,8% de las madres dieron lactancia materna exclusiva hasta los dos meses de edad; la lactancia materna exclusiva en el grupo de 3 a 5 meses de edad fue de 27,7%; la lactancia materna exclusiva en el grupo de 6 a 8 meses de edad fue de 4,6%.¹

Mediante los resultados obtenidos del presente trabajo se quiere implementar un plan de intervención de salud para dar a conocer a las madres las adecuadas prácticas sobre lactancia materna en niños y niñas menores de 2 años.

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Identificar conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en madres con niños/as menores de 2 años que acuden a los 110 CIBVs para realizar un plan de intervención de salud en la Provincia de Bolívar, Noviembre 2012- Enero 2013.

B. ESPECIFICO

- ✓ Identificar las características generales y socioeconómica de las madres lactantes
- ✓ Identificar el grado de conocimiento que tienen las madres sobre la lactancia materna.
- ✓ Definir las actitudes de las madres frente a la lactancia materna.
- ✓ Evaluar las prácticas y técnicas de amamantamiento que poseen las madres para dar de lactar a su hijo.
- ✓ Realizar un plan de intervención de salud en las madres lactantes.

III. MARCO TEORICO

A. LACTANCIA MATERNA.

1. Antecedente Histórico de la lactancia Materna. En la historia de la humanidad, la lactancia ha ido pasando de generación en generación, a través de la comunicación oral y también del arte y de la literatura. Las mujeres se ayudaban unas a otras. En la especie humana la lactancia de pecho del niño/a ha sido algo habitual e importante, siendo el ser humano uno de los animales que al momento de nacer es el que más necesita cuidado y el que menos se encuentra capacitado para sobrevivir por sus propios medios.

Durante la prehistoria la lactancia era la única fuente de alimentación de los recién nacidos, por lo que si las condiciones no eran favorables en casa y alimento para la madre, entonces rápidamente la calidad de su leche empeoraba y el bebé indudablemente moría, además de que el amamantamiento se prolongaba por varios años, hasta que el niño/a fuese capaz de alimentarse por si solo casi siempre de carne proveniente de la caza y frutas recolectadas.

En el antiguo Egipto (300 A.C) se le daba mucha importancia a la leche materna, siendo el niño/a amamantado por mucho tiempo, llegando incluso a estar tres o más años.

Ahora en los últimos 15 años que la lactancia de pecho ha vuelto a tener auge, sobre todo por el mayor conocimiento y propaganda para masificar las bondades del amamantamiento. En el siglo XX hay un renovado movimiento por la lactancia materna, motivado por las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Entre los intentos se destacan la reunión OMS-UNICEF sobre prácticas de alimentación infantil. Se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de sucedáneos de la leche materna. ²

2. Definición. La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura.

La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento (leche de fórmula artificial) para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida ha quedado bien demostrada en numerosos estudios científicos, que señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños y niñas no alimentados con leche materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios.

A largo plazo los niños/as no amamantados padecen con más frecuencia dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple y cáncer. Las niñas/os no amamantados tienen mayor riesgo de cáncer de mama en la edad adulta.³

3. Importancia de la lactancia materna.

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es un proceso fundamental para la salud y desarrollo de los niños, sin embargo, no ha logrado mantenerse por el periodo recomendado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud. La poca popularidad que tiene la Lactancia Materna debe ser considerada como un problema de salud pública. La leche humana es el alimento ideal para promover el crecimiento y el desarrollo del niño durante sus primeros 4 a 6 meses de vida.

Diversos estudios epidemiológicos han documentado las ventajas que se desprenden de la lactancia para los niños, las madres, las familias y la sociedad. A pesar de estos beneficios, actualmente un gran número de mujeres en todo el mundo no amamantan a sus hijos o los alimentan al seno materno sólo por periodos cortos. Desde la década de los setenta, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) pusieron en marcha diversas estrategias para la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia natural. Dentro de las acciones realizadas, destacan la creación del Código

Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), la implementación de la Iniciativa Hospitales Amigos de los niños.

De acuerdo con los criterios globales de la OMS/UNICEF, el segundo paso consiste en "capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política, y la misma deberá ser al menos de 18 horas de duración con un mínimo de tres horas de práctica clínica supervisada". A partir de la década de los ochenta, diversos autores han resaltado la importancia de la capacitación en lactancia materna para el personal de salud.⁴

4. Anatomía del seno

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad. Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama.⁵

a. Fisiología de la glándula mamaria

En el embarazo, la glándula mamaria experimenta un notable crecimiento de tamaño. Mediante el hipotálamo (área cerebral que controla la producción de la mayoría de hormonas) la segregación hormonal varía, produciéndose por ello muchos cambios en la mujer.

En la lactación se distinguen tres procesos:

- El inicio de la producción de leche o lactogénesis. (En este período interviene la prolactina).
- El mantenimiento de la secreción láctea o galactopoyesis.
- Y finalmente, la salida de la leche o eyección, debida al aumento de la oxitocina.

b. Lactogénesis: Proceso por el cual las glándulas mamarias comienzan a secretar leche. Incluye los procesos necesarios para transformar las glándulas mamarias inmaduras durante la última fase del embarazo hasta su maduración completa poco después del parto. Durante la primera etapa de la lactogénesis la glándula mamaria puede secretar leche pero debido a los altos niveles de las hormonas estrógeno y progesterona (principalmente de origen placentario) bloquean la secreción de leche hasta el momento del parto.

Puede ocurrir que algunas mujeres experimenten una pequeña secreción de calostro de sus pezones durante el 2º o 3º trimestre. Durante la 2ª etapa de la lactogénesis, cercano al momento del parto, los niveles de hormonas disminuyen (progesterona, principalmente por la remoción de la placenta) y aumenta la prolactina desbloqueando a los tejidos mamarios para el comienzo de la secreción copiosa de leche.

c. La galactopoyesis: Es la mantención de la producción de leche y ocurre posterior al parto, alrededor del 9 día hasta el principio de la evolución de la leche. La lactancia ocurre con la ayuda de dos hormonas, la prolactina y la oxitocina. La prolactina promueve la producción de leche materna mientras que la oxitocina

estimula la secreción de la misma. En el puerperio (período después del parto), la succión del bebé es el estímulo fisiológico más importante para la secreción de la prolactina, para iniciarse así el primer proceso para la producción de leche. También se puede producir por el vaciamiento de las glándulas mamarias. La oxitocina como ya se mencionó anteriormente, es la hormona que provoca la salida de la leche, también depende de la estimulación, pero en esta hormona, no sólo influye la succión, sino que también se libera por estímulos visuales, táctiles, olfativos y auditivos (de ahí la importancia de la tranquilidad en el momento de la lactancia y del vínculo afectivo madre-recién nacido).

d. La eyección: El reflejo de eyección está muy influido por factores psicológicos, y por ello, se sabe que la ansiedad, estrés y malestar materno pueden inhibir el reflejo de eyección. Por último, concluir que la leche materna conlleva unas fases, en las que, la secreción se produce variando su sustento, dependiendo de la etapa de la lactancia, para dar al bebé unos nutrientes u otros.⁴

5. Condiciones bioquímicas de la leche materna

La leche humana va cambiando su composición química desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura. La leche inicial es diferente de la leche final de la tetada. La leche varía su composición según la hora del día. Se han identificado más de 200 componentes en la leche humana. La leche contiene células vivas (Macrófagos, neutrófilos, linfocitos, células epiteliales), membranas y glóbulos de grasa, rodeados de membranas. Cambia el sabor, según los alimentos que haya

comido la madre. Según el análisis de la leche de al menos 140 especies, se pueden dividir los componentes de la leche en tres grupos:

- Componentes específicos del órgano y de la especie (como la mayoría de los lípidos y proteínas).
- Componentes presentes en todas las especies (como la lactosa)
- Componentes específicos de la especie pero no del órgano como la albúmina y algunas inmunoglobulinas

| Tabla 1. Componentes bioquímicas de la lactancia materna | | | | | |
|---|--|----------------|------------------|----------------|---------------|
| Especie | Días para doblar el peso del nacimiento | Lípidos | Proteínas | Lactosa | Ceniza |
| Ser humano | 180 | 3.8 | 0.9 | 7.0 | 0.2 |
| Caballo | 60 | 1.9 | 2.5 | 6.2 | 0.5 |
| Vaca | 47 | 3.7 | 3.4 | 4.8 | 0.7 |
| Reno | 30 | 16.9 | 11.5 | 2.8 | --- |
| Cabra | 19 | 4.5 | 2.9 | 4.1 | 0.8 |
| Oveja | 10 | 7.4 | 5.5 | 4.8 | 1.0 |
| Rata | 6 | 15.0 | 12.0 | 3.0 | 2.0 |

Rhut A. Lawrence. Lactancia Materna. Ed. Mosby

a. Calostro. Es un fluido espeso y amarillento, que secreta la mama, durante la primera semana después del parto. La composición del calostro es diferente de la composición de la leche madura. Tienen más calostro las madres que anteriormente han dado el pecho. El volumen varía entre 2 y 20 ml por toma, en los tres primeros días. El volumen total depende del número de tomas y puede ser en las primeras 24 horas de unos 100 ml. El color amarillo del calostro se debe al beta caroteno. El nivel de carotenoides puede ser diez veces más alto.

El contenido de cenizas es alto, y las concentraciones de sodio, potasio, y cloro son superiores a las de la leche madura. Las proteínas, vitaminas liposolubles y minerales son también más abundantes que en la leche de transición o madura.

1) Funciones del calostro:

- ✓ Tiene bajos niveles de grasas y lactosa, es rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretoria.
- ✓ Facilita el establecimiento de la flora bífida en el tracto digestivo, y la expulsión del meconio.
- ✓ Contiene un factor de crecimiento esencial para el Lacto bacillus bífidus, y es el primer medio de cultivo en la luz intestinal estéril del recién nacido.
- ✓ Es rico en anticuerpos, que pueden proteger contra bacterias y virus presentes en el canal del parto, o asociados con otros contactos humanos.
- ✓ Inhibe la formación de IgE, que es la principal implicada en las reacciones alérgicas.

2) Proteínas del calostro. La concentración de proteínas del calostro, es mayor que en la leche madura y esto provoca un aumento de la presión osmótica y por tanto una mayor retención de agua del cuerpo del recién nacido, evitando la pérdida de peso del mismo.

Son proteínas de protección frente al crecimiento de bacterias patógenas como la E.Coli. Proteínas como la lactoferrina y la transferrina, captan y camuflan, ambas dos átomos de hierro y así impiden la proliferación de bacterias patógenas que necesitan hierro para proliferar. La abundancia de proteínas y la escasez de grasas del calostro están en consonancia con las necesidades y reservas del recién nacido.

3) Las vitaminas B12 y vitamina B9. Se encuentran combinadas con una proteína y así impiden que las bacterias proliferen, pues estas precisan ambas vitaminas para su desarrollo.

Otras Vitaminas. El recién nacido dispone de una reserva mineral y vitamínica, según la dieta de la madre durante la gestación.

El calostro es rico en vitaminas liposolubles (E, A). Al tercer día el nivel de Vit.A puede ser el triple que en la leche madura protege y previene de la afectación ocular. Y el de Vit.E dos o tres veces mayor que en la leche definitiva. Los niveles de vit.C, hierro y aminoácidos, son los adecuados y superiores a los de la madre.

4) Calostro para prematuros. El calostro prematuro tiene mayor concentración de IgA, lisozima y lactoferrina. También la concentración de macrófagos, linfocitos y neutrófilos es mayor. El calostro protege más a los prematuros. La leche de la madre del bebé pretérmino tiene un alto contenido de Nitrógeno, un 20 % más a la leche término, aunque los aminoácidos son similares. Es más rica en IgA, proteínas, sodio, y cloruro, y contiene menos lactosa. Contiene más colesterol, fosfolípidos y ácidos grasos insaturados de cadena larga. Incluso los bebés de 1300-1400 gramos pueden mamar con éxito, si el personal sanitario está preparado para ello.

6. Leche madura

a. agua. Es el componente más abundante de la leche de casi todos los mamíferos. Los demás componentes están disueltos o dispersos en agua. ¿Necesitan tomar

agua los lactantes que reciben leche materna, en los primeros 6 meses?. Incluso en climas calurosos y secos, se ha observado que no es necesario dar suplementos de agua a los lactantes que toman leche materna. ENGLAND. Estudio diseñado para determinar la necesidad de suplementar con agua para mantener la homeostasis del agua en niños/as exclusivamente amamantados durante el verano en un país tropical. El dar agua adicional no es necesario para los bebés amamantados saludables que viven en un clima caluroso.

b. Lípidos. Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche materna. La composición de los lípidos es variable, depende está asociada a la dieta de la madre, prematuridad, estadio de la lactancia, y fase de la mamada, de un pecho a otro, a lo largo del día y entre diferentes mujeres, (sin embargo la mastitis no altera las grasas, y si disminuye el volumen de leche y de lactosa y aumenta el de Sodio y el de Cloro). Un estudio realizado con tailandesas que realizaban lactancia a demanda se encontró que en las tomas de la tarde de 4 a 8 horas eran más abundantes en grasa que las de la noche. Si se espaciaban más las tetadas tenía menos grasa la leche. A tetadas más frecuentes y más largas hay leche más rica en grasa.

Los lípidos son secretados como glóbulos de grasa constituido por 98% de triglicéridos, y recubiertos por una membrana hidrofílica que contiene colesterol fosfolípidos, glicoproteínas y enzimas. Dicha membrana facilita la emulsión. Los glóbulos de grasa son liberados cuando se contrae el músculo liso en respuesta al reflejo de eyección.

c. Proteínas. Constituyen el 0,9% de la leche materna. Son esenciales en un sentido nutricional y en otros aspectos fisiológicos e inmunológicos. La leche de madres de prematuros contiene hasta 4 veces más contenido de proteínas que en la de los nacidos a término. Las proteínas de la leche humana forman suaves coágulos cuando se acidifica en el estómago. Las proteínas de la leche artificial producen flora patógena que implica absorción de macromoléculas por pinocitosis en el intestino que quedan sin descomponer y causa alergia a otros alimentos con los mismos aminoácidos.

d. Caseína. El término caseína incluye un grupo de proteínas específicas de la leche que forman partículas complejas o micelas, que son normalmente complejos de caseinato y fosfato cálcico. La caseína tiene una composición en aminoácidos diferente para cada especie. En la primera semana, la caseína del calostro es del 10% y va aumentando hasta el 50% a los 8 meses. En el biberón siempre es la misma proporción. La caseína de la leche artificial complicaba a prematuros con la formación del palmitato de calcio. Los coágulos de la caseína de la leche artificial son más duros que la humana que se digiere más fácilmente. La leche humana contiene caseína morfinas que dan sueño al bebé.

e. Inmunoglobulina A Secretoria. Es la inmunoglobulina predominante, frente a las G,M,D,E de la leche humana formada por dos moléculas de IgA unidas covalentemente con una pieza de unión y el componente secretorio que la protege frente a enzimas proteolíticas del jugo gástrico e intestinal del niño. El bebé que depende de la lactancia artificial dispone de medios muy limitados para hacer frente

a los patógenos que ingiera mientras no empiece a fabricar sus propios complejos de IgA secretoria, algo que ocurrirá meses después del nacimiento.

7. Carbohidratos

a. Lactosa. Es el principal glúcido de la leche humana, está presente en elevadas concentraciones (6,8 g/100ml en la leche materna y 4,9 g/100ml en la de vaca). La lactosa es un disacárido formado por glucosa y galactosa. La lactosa parece ser específica para el crecimiento del recién nacido. Facilita la absorción de Calcio y se considera fundamental para la prevención del raquitismo.

b. Oligosacáridos. La concentración de oligosacáridos es 10 veces superior en la leche humana que en la de vaca. Se unen a los microorganismos y les impiden que se adhieran a la superficie de las mucosas. Los oligosacáridos representan una fuente de calorías de baja osmolaridad, estimulan el crecimiento de la flora bífida.

c. Aminoazúcares. N-Acetil-glucosamina. Actúa como factor bífido, controla la colonización del digestivo, necesario para el mantenimiento de una flora bacteriana *L.bífidus*. Forma parte de los ganglósidos en el desarrollo del cerebro Ácido N-acetil neuramínico. Desempeña una función de sustrato para el epitelio intestinal.

8. Hormonas. Las hormonas de la leche humana mantienen su integridad tras ser ingeridas por el lactante. Se ha demostrado la capacidad de absorción de moléculas de alto peso molecular en lactantes. Las respuestas endocrinas del recién nacido son distintas según sea la lactancia natural o artificial. El lactante amamantado

mantiene la concentración plasmática de hormonas, sin embargo en los que reciben leche artificial había cambios significativos en las concentraciones plasmáticas de insulina, motilina, entero glucagón, neurotensina y polipéptido pancreático después de una toma de leche artificial. Además los amamantados presentaban niveles de polipéptido gástrico inhibitorio, motilina, neurotensina y péptido intestinal vaso activo más altos que los que recibían lactancia artificial.

9. Sales Biliares. El recién nacido tiene una pequeña reserva de sales biliares y una baja concentración en el duodeno. En la leche materna existen unas sustancias biológicamente activas (colato y quenodesxicolato) que contribuyen a la digestión del recién nacido (está en estudio).

10. Vitaminas. Vitamina A. En leche madura contiene 280 unidades internacionales. El calostro contiene el doble de vit.A que la leche madura. Los niveles de vit.A en la leche de madres de prematuros son mayores. La leche materna es una fuente vital de vit.A en los países en desarrollo, incluso después del primer año.

a. Vitamina D. El nivel de vit.D es 6 veces superior en la leche humana que en la leche de vaca. Los suplementos de vit.D no son necesarios en lactantes amamantados si la dieta de la madre es adecuada y el niño pasa al aire libre 2 horas/semana aunque esté vestido y nublado pero sin gorro.

b. Vitamina E. Hay mayor nivel en el calostro y en la leche humana madura que en la de vaca. Previene la anemia hemolítica y ayuda a proteger los pulmones y la retina de las lesiones oxidantes inducidas.

c. Vitamina K. En la leche humana es mayor que en la de vaca y se absorbe eficazmente. Los niveles en el calostro y en los primeros días son superiores en la grasa de la leche (en la leche del final de la toma). Después de unos días la flora intestinal del niño/a sintetizará vit.K. La colonización del intestino se podría ayudar animando a la madre a que no se lave las mamas más que una vez al día y sin jabón.

d. Complejo Vitamínico B. Todas presentes.

e. Vitamina C. La leche humana contiene 43 mgs/100ml frente a la leche de vaca con 21 mg/100ml.

11. Minerales. En conjunto la leche humana contiene unas 4 veces menos que la de vaca. Esto provoca un mayor contenido de urea en los niños que toman leche artificial 52 mg/100 ml frente a los que toman leche materna que contienen una concentración de urea de 22 mg/100 ml.

a. Sodio. La baja concentración de sodio es importante y contribuye a una carga osmolar renal escasa; aunque en el calostro la concentración de sodio es máxima, que junto a la mayor concentración de proteínas en el calostro contribuyen a una mayor retención de agua; ésta es la causa por la cual hay menos pérdida del peso

inicial o ninguna en aquellos recién nacidos que reciben suficiente cantidad de calostro. Un bebé amamantado no ingiere sobrecarga de sales por lo que es improbable que necesite agua adicional en la mayor parte de las situaciones.

b. Calcio y Fósforo. Se absorben favorablemente. Con leche de vaca se produce una limitación en la absorción. En los triglicéridos de la leche de vaca, los ácidos grasos se esterifican en los carbonos de los extremos en el carbono 1 y en el carbono3. Las lipasas actúan sobre la posición 1 y 3 dejando libres estos ácidos grasos como el ácido palmítico el cuál se une al Calcio formando palmitato de Calcio que formará un compuesto llamado Lactobezoar al unirse el palmitato de Calcio con la caseína. Este compuesto provoca perforación intestinal en el prematuro que recibe leche artificial.

c. Hierro. El contenido es bajo y su absorción es más favorable que en la leche de vaca. El hierro de la leche humana se aprovecha el 45% y el de la leche de vaca el 10% y en la leche artificial enriquecida con hierro se aprovecha el 4%. Se ha estudiado que la absorción de hierro es más baja cuando en la alimentación se introducen los sólidos. En la leche de mujer hay una mayor concentración de lactosa y de vitamina C que facilita una mejor absorción del hierro.

Y debido a la menor concentración en fósforo y proteínas en la leche humana se facilita la absorción pues el fósforo en exceso y las proteínas interfieren la buena absorción del hierro. Los recién nacidos cuentan con una tasa de hemoglobina alta. Las reservas de hierro duran hasta los 6 meses. En la glándula mamaria en la célula

alveolar existe un ligado que roba el hierro de la madre aunque esté anémica y lo pasa a la leche. Los suplementos de hierro añadidos para el bebé provocan una mayor disponibilidad del mismo a las posibles bacterias patógenas que lo necesitan para su proliferación y se altera el mecanismo regulador de la lactoferrina que mantiene los niveles de hierro equilibrados impidiendo la disponibilidad para las bacterias patógenas.

d. Zinc. La leche humana contiene un ligado específico para aprovecharlo. Estos ligados no existen en el biberón. Un bajo nivel de Zinc es más frecuente en la leche artificial.

e. Yodo. La leche humana contiene niveles superiores de yodo que en el suero sanguíneo. Alimentando a adultos con leche humana enriquecida con yodo aprovechaban más del mismo que los alimentados con leche de vaca enriquecida con yodo.⁶

12. Impacto inmunológico y antialérgico de la leche humana

La leche materna humana hay leucocitos en número considerable durante el final del embarazo y las primeras semanas de lactación. Estimulados por la presencia de virus los linfocitos de la leche podrían producir “interferón”, sustancias muy importantes para la protección contra las infecciones virales. También se ha comprobado que con la lactancia materna es menor la incidencia de afecciones alérgicas tanto de localización respiratoria como cutánea y digestiva.⁷

a. Ventajas inmunológicas. La leche materna, en especial el calostro, es considerada un agente bacteriostático, bactericida, antiviral, antifúngico y antiparasitario. Cumple una función de protección inmunológica, a través de los siguientes efectos: incrementa las bacterias saprofitas para impedir la proliferación de bacterias patógenas, impide que las bacterias se alimenten de hierro (libre), disminuye los nutrientes de las bacterias, destruye la pared bacteriana, protege el aparato respiratorio y digestivo (IgA crea un «barniz inmunológico») con células vivas de defensa que se disminuyen a las bacterias.⁸

13. Trasmisión de enfermedades a través de la leche materna

Son varias las formas que tienen posibilidades de transmitirse por la lactancia, ya sea por la presencia del agente infectante en la leche, o porque el contacto estrecho con la madre lo facilite. No obstante, de aquellas susceptibles de ser transmitidas, sólo un número muy reducido puede llegar a producir enfermedad. La tuberculosis materna, en caso de que la madre sea bacilífera, podría ser infectante. Sin embargo no se justifica la privación al niño de su leche, puesto que se le puede ofrecer al proteger a la madre con mascarilla o extrayéndosela y administrándosela al niño posteriormente. En casos extremos se podría hacer una suspensión temporal hasta tanto la madre tenga una bacilos copia negativa.

Las hepatitis no constituyen hoy día una contraindicación absoluta. En el caso de la hepatitis tipo B, se debe garantizar un manejo adecuado del parto, para evitar la transmisión por restos de sangre al recién nacido, lo que constituye la medida

preventiva más importante. Si se administra además la gammaglobulina hiperinmune, y el esquema de vacunación correspondiente, las posibilidades de transmisión son prácticamente nulas y no se justifica la suspensión de la lactancia. Las infecciones maternas por Citomegalo virus (CMV) no constituyen un peligro para el amamantamiento de sus hijos.⁴

14. Beneficios de la leche materna

a. Beneficios para el niño o niña

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.
- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño o niña y fortalece el vínculo afectivo.
- La leche materna protege al niño/a contra alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

b. Beneficios para la madre

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama o de ovarios.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.

c. Beneficios para la familia

- Disminuye el riesgo de enfermedades de los niños y niñas.

- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros, chupones y combustible para su cocción.
- La lactancia materna integra a la familia, promueve el amor y genera una cultura de valores generacionales.⁶

B.TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

1. Posiciones del niño con la madre sentada. Cuando la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, donde pueda apoyar bien la espalda. Es más cómodo para ella apoye los pies sobre un pequeño piso y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño/a y acomodarlo a la altura del pecho.

Esta es una de las posiciones más conocidas, el niño acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de “C” la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño y niña para que abra la boca en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño. El brazo del niño que queda por debajo se ubica bajo el pecho de la madre o rodeando su cintura.

2. Posición de caballito. La madre sentada y el niño y niña enfrente el pecho sentado sobre la pierna de esta, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que esta el niño, la mano en forma de “C” y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho. No apoyar la palma de la mano en

la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.

3. Posición en reversa. La madre sentada y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre la madre ofrece el pecho, con la otra sobre la palma sostiene la cabeza del niño y niña. Esta posición permite deslizar al niño y niña de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño y niña tiene preferencia por un pecho y cuando el niño y niña tiene problemas con la clavícula.

4. Posición en canasto o pelota. En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria.

5. Posición del niño con la madre acostada, ambos en decúbito lateral. La madre y el niño acostado en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre. Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de esta, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño.

Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé. Se sabe que las madres que recién tienen su bebé, logran mejor descanso y se fatigan menos con esta posición que cuando amamantan sentadas.⁵

C. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Sale mucha leche y el bebe se ahoga. Extraer un poco de leche manualmente antes que el bebé empiece a succionar, para disminuir la presión de leche en el seno. Amamantar al bebé en la cama recostada de lado o acostada con el niño/a arriba. Disminuir las distracciones durante el amamantamiento, ya que puede descuidar la atención en el bebé y no darse cuenta que está incómodo o que se encuentra en una mala posición.

2. No sale leche o es insuficiente. Si el bebé muestra aumento normal de peso y talla en sus controles, indica que está recibiendo la cantidad necesaria de nutrientes, además verifique las veces que el niño evacua y orina. Como el mejor estímulo para la producción de leche es la succión del bebé, colocarlo frecuentemente en el seno. Aumentar la ingesta de líquidos como agua, agua de arroz, sopas etc. Dedicar más tiempo a dar pecho y permanecer relajada cuando amamante al bebé. Tener presente que después del segundo o tercer mes disminuye la acumulación de leche en el seno y estará más blando, por lo que las mamás suelen pensar que se está “secando la leche” pero no es verdad, es sólo un proceso natural.

3. Dolor en los pezones durante la lactancia. Buscar la posición de succión y una vez que el niño ha abierto toda la boca introducir rápidamente todo el seno (pezón y aréola). Tal vez el bebé no suelta completamente el pezón y sigue succionándolo cuando es retirado después de alimentarse. La mamá puede ayudarlo a soltar el pezón correctamente introduciendo un dedo en la comisura de la boca del bebé para interrumpir la succión. Si el dolor se da en solo uno de los pezones ofrecer al niño el pecho sano y extraer y guarde la leche del otro seno. Piel seca: Usar la propia leche sobre el pezón y dejar secar al aire. Recuerde que el dolor es normal durante la primera semana y generalmente desaparece después.

4. Fisuras en los pezones. Ofrecer la lactancia por el pecho sano para que el bebé agarre el dañado con menos apetito. Variar la posición buscando la que sea menos dolorosa. Secar los pezones en un lugar donde haya luz y aire para que cicatricen, puede cortar la punta de un sostén que no utilice. Iniciar la salida de la leche con extracción manual para que ya esté húmedo cuando el bebé lo agarra. No aplicar cicatrizantes ni jabón o cremas a los pezones dañados. Tratar el dolor con analgésicos (consulte a su médico antes) o compresas de agua fría.

5. Pezón plano. Se da cuando los pezones sobresalen poco o están hundidos, sin embargo esto no impide dar el pecho por lo que se recomienda los masajes antes de dar el pecho.

6. Mastitis. Es una infección de los senos y requiere la consulta con el médico para que recete un antibiótico. Esta infección provoca enrojecimiento, dolor e

hipersensibilidad de la zona, también causa fiebre alta, dolores musculares e incluso náuseas y vómitos. Realizar masajes suaves y aplicar calor al seno (pañitos tibios), para ayudar a que la leche salga y el seno no se congestione ni se ponga duro. A menos que lo indicara el médico por alguna complicación, no es necesario interrumpir la lactancia porque el problema se localiza en el seno sin afectar a la leche.

7. Conductos obstruidos. Este problema se produce cuando uno o varios conductos se bloquean y no permiten el paso de la leche. Puede aparecer un bulto duro y doloroso que se nota al tocarlo. Cuando pase un tiempo más largo del habitual entre tomas, puede extraer la leche hasta vaciar el seno. Es aconsejable aplicar calor húmedo y masajear suavemente el seno antes de comenzar la toma, se puede usar el lomo de una peinilla y pasarlo del seno hacia el pezón. Si la mamá tiene dolor de cabeza o de espalda, si está resfriada y/o tiene diarrea, puede seguir dando de mamar, ella debe descansar y tomar más líquidos para reponerse pronto.⁹

8. Extracción manual y conservación de la leche materna

a. Recomendaciones antes de iniciar la recolección de leche

- Descubrirse el seno.
- Recogerse el cabello con un gorro o pañuelo limpio.
- Protegerse la boca y la nariz con una máscara o pañuelo limpio, especialmente si la madre tiene alguna infección respiratoria.

b. Recomendaciones técnicas para la extracción de leche. La extracción debe ser conducida con rigor higiénico sanitario, para impedir que agentes contaminantes entren en contacto con la leche y puedan perjudicar a la salud del niño.

c. Antes de iniciar la recolección:

- Lavarse las manos y antebrazos con agua y jabón líquido, por 15 segundos (o mientras se canta el feliz cumpleaños, por dos ocasiones).
- Las uñas deben estar limpias y cortas.
- Lavarse los senos únicamente con agua, sin jabón, para evitar la resequedad de los pezones y areola y la predisposición a fisuras.
- Secar las manos y los senos con toallas desechables.
- Procurar una posición confortable y relajada.

d. Recomendaciones durante el proceso de extracción:

- Evitar la conversación durante el proceso de extracción.
- Masajear los senos, con las yemas de los dedos, contra la pared del pecho, empezar por arriba y mediante movimientos circulares en sentido de la areola hacia el cuerpo; es decir, de fuera hacia dentro. Mover los dedos circularmente, concentrándose en una zona por vez por unos cuantos segundos, antes de ir a otra zona. Seguir en espiral alrededor del seno hacia la areola a medida que masajea.
- Presionar el área del seno desde arriba hacia el pezón. Continuar con el movimiento en forma circular para estimular el reflejo de expulsión de leche.

- Colocar el pulgar encima del pezón y los dos primeros dedos, debajo del pezón, a aproximadamente dos o tres centímetros, aunque no necesariamente en los bordes exteriores de la areola. Usar esta medida como guía, dado que los senos y areolas varían de tamaño de una mujer a otra. Asegúrese de que la mano forme la letra «C» y las yemas de los dedos estén a las 6 y a las 12 en punto, en línea con el pezón.
- Evite tomar el seno con la palma de la mano.
- Empujar directamente el seno contra las costillas.
- Evite separar los dedos.
- Para senos grandes, primero levantar y luego empujar.
- Apretar hacia delante con el pulgar y los demás dedos al mismo tiempo. Este movimiento permite vaciar las reservas de leche sin dañar el tejido sensible de los senos.
- Repetir rítmicamente el proceso para vaciar completamente las reservas de leche.
- Colocar, empujar, apretar.
- Colocar, empujar, apretar.
- Rotar el pulgar y los dedos para eliminar otras reservas, usando las dos manos en cada pecho.
- Desechar las primeras gotas de leche.
- Abrir el frasco y sobre la mesa forrada con un paño limpio, colocar la tapa con la abertura hacia arriba.

- Recolectar la leche en el frasco.
- Ubicar el frasco a cierta distancia debajo de la areola, para evitar el contacto directo con la piel.
- Utilizar un solo frasco en cada recolección, tomando en cuenta la cantidad de leche materna que necesita el niño en cada toma.

e. Recomendaciones para el almacenamiento y transporte de la leche materna

- Rotular el frasco con el nombre de la madre, fecha y hora de la recolección de la leche.
- Guardar inmediatamente el frasco en el refrigerador, en posición vertical.
- La temperatura del congelador no deberá ser mayor a -3°C .
- Al final de la jornada de estudio o trabajo, la leche deberá ser transportada por la madre hacia su domicilio en recipiente que mantengan la leche a baja temperatura.
- Si la leche se mantiene en refrigeración, se conservará durante 12 horas.
- La leche podrá ser mantenida en congelación durante 15 días.¹⁰

D. ASOCIACIÓN ENTRE EL DESTETE Y LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES RESPECTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS/AS CON 6 MESES DE VIDA.

En las áreas rurales de Ecuador, el destete, asociado a una valoración diferencial de los sexos, sirve como medida de control demográfico. Como señala Me. Kee (1987), en esa zona las mujeres son destetadas a temprana edad, y a los hombres

se les suministra alimentación de pecho prolongadamente, lo que fomenta una mayor mortalidad de la población infantil femenina, conllevando a un descenso a largo plazo de la tasa global de fecundidad; aunque es posible que sea una forma de revertir la tendencia a la sobre mortalidad masculina. Estas diferencias en la lactancia de varones y mujeres, aunque no expresada en términos de duración sino de frecuencia e intensidad de la lactancia. En este caso, el énfasis en la frecuencia tendería a reducir la diferencia en la mortalidad infantil por sexo, la cual" es mayor en el primer mes de la vida, lo que está relacionado con el origen biológico de este fenómeno; y además resulta como una especie de compensación frente al hecho también biológico que son concebidos mayor número de varones que mujeres" (ENDES, 1986:96) manteniendo esta última situación, los efectos demográficos similares a los ya señalados. Al iniciarse ésta de inmediato se evitaría la necesidad de intensificar posteriormente la succión para elevar nuevamente los niveles necesarios de oxitócica en el organismo de la madre, posibilitando, además, el arreglo de lactancia a horarios, práctica común entre madres norteamericanas (Harrell, 1981); más allá de que esto sea recomendado o no por los médicos.⁴

1. Factores socioculturales relacionados con la lactancia materna. La mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversos factores biológicos, sociales, económicos y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje que lacta a sus hijos por el tiempo recomendado.

La decisión de amamantar está fuertemente influida por la información acerca de la alimentación infantil adecuada que reciben las madres y por el apoyo físico y social

proporcionado durante el embarazo, parto y puerperio. Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales y las políticas y normas, nacionales e internacionales pueden favorecer o desincentivar la lactancia.

2. Edad Materna. La mayoría de los autores coinciden en que durante los 20 a 34 años de edad es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida. Estudios recientes reportan que las madres que menos lactan fueron las de mayores de 35 años seguidas de las adolescentes.

Existe general tendencia de no practicar la lactancia materna o practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes. La poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia, muchas veces, determinan el abandono precoz de la misma en este período de la vida. A medida que avanza la edad, la mujer va tomando conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la Lactancia Materna Exclusiva. La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo.⁷

3. Uso de biberón

Prolongar el uso del biberón o chupón provoca mala posición de los incisivos (dientes) superiores, lo que ocasiona deformaciones en la pre-maxila (porción

anterior del paladar), advirtió María Eugenia Flores Martínez, estomatóloga adscrita a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 23, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Debido a que los restos de alimentos permanecen por horas en la superficie de los dientes por una inadecuada higiene bucal, inicia la desmineralización (caries) que se manifiesta a través de pequeñas manchas blanquecinas en éstos, indicó la especialista, quien explicó que este problema destruye de forma parcial o total la dentición temporal desde temprana edad. Señaló que los niños que padecen caries y abscesos alrededor de los dientes, llegan a presentar infecciones en otras partes de su cuerpo e incluso cuadros diarreicos.

Flores Martínez destacó que al notar estos padecimientos en menores de edad, los médicos familiares del Seguro Social remiten a éstos al servicio de estomatología, donde especialistas examinan la cavidad bucal en busca de los factores que desencadenan esas enfermedades. Recalcó que aunque los padres de familia detectan las afecciones por las que pasa el menor, por comodidad prefieren que el niño continúe con el uso de biberón o chupón, aun y cuando conocen los daños que ello ocasiona. La estomatóloga del IMSS aseveró que el uso del biberón o chupón estimula el crecimiento de la pre-maxila, lo que origina el problema de mordida abierta (los dientes superiores e inferiores no cierran o hacen contacto unos con otros). Como consecuencia, detalló, se dificulta la masticación; incluso, hay menores de edad con este padecimiento que no pueden cortar de forma adecuada los alimentos, lo que les genera complicaciones funcionales, digestivas y estéticas, pues en muchos casos cambia su fisonomía.¹¹

4. Mitos más frecuentes sobre cómo amamantar

Mito 1: amamantar frecuentemente al niño reduce la producción de leche.

Realidad: la cantidad de leche que una madre produce llega a su punto óptimo cuando se le permite al niño sana amamantar tantas veces como lo necesite. El reflejo de eyección de la leche opera más fuertemente en presencia de un buen suministro de leche, que normalmente ocurre cuando se alimenta al niño a libre demanda.

Mito 2: una madre necesita amamantar únicamente de cuatro a seis veces cada 24 horas. **Realidad:** los estudios científicos demuestran que cuando una madre amamanta frecuentemente desde que nace el niño, con un promedio de 9 veces cada 24 horas durante los primeros 15 días, su producción de leche es mayor, el niño y niña aumenta mejor de peso y la madre amamantará durante un período de tiempo más largo.

Mito 3: los niños obtienen toda la leche que necesitan durante los primeros cinco a diez minutos de mamar. **Realidad:** aunque muchos bebés mayorcitos pueden tomar la mayor parte de su leche en los primeros cinco a diez minutos, esto no es generalizable a todos los niños. Los recién nacidos, que apenas están aprendiendo a mamar, no siempre son tan eficaces al pecho y a menudo requieren mucho más tiempo para comer. Poder mamar también depende del reflejo de subida de la leche materna. Aunque a muchas madres les sube la leche casi inmediatamente, a otras no les sucede igual.

Mito 4: las madres lactantes deben espaciar las tomas para que puedan llenársele los pechos. **Realidad:** cada pareja madre/hijo es única y diferente. El cuerpo de una madre lactante siempre está produciendo leche. Sus senos funcionan en parte como "depósitos de reserva", algunos con mayor capacidad que otros. Cuanto más vacío este el pecho, más rápido trabajará el cuerpo para reabastecerlo. Cuanto más lleno esté el pecho, más lenta será la producción de leche.

Mito 5: a las ocho semanas de edad el niño sólo necesita entre seis y ocho tomas de leche materna; a los tres meses sólo requiere de cinco a seis tomas; y a los seis meses, no más de cuatro o cinco tomas al día. **Realidad:** la frecuencia de las tomas del niño alimentado al pecho varía de acuerdo con la producción de leche de la madre y su capacidad de almacenamiento (las madres con más pecho en general tienen mayor capacidad de almacenamiento), así como con las necesidades de crecimiento del niño. Los días en que se producen picos de crecimiento (días de mayor frecuencia) y las enfermedades del niño pueden cambiar temporalmente los patrones alimenticios del bebé.

Mito 6: es la cantidad de leche que el niño consume, no si es leche materna o de fórmula, lo que determina cuánto tiempo aguanta un niño entre dos tomas. **Realidad:** los niños amamantados vacían el estómago más rápidamente que los niños alimentados con biberón, aproximadamente en 1,5 horas en vez de hasta 4 horas. Esto se debe al tamaño mucho menor de las moléculas de las proteínas que forman parte de la leche materna. Aunque la cantidad de leche que se consume es

uno de los factores que determinan la frecuencia de las tomas, el tipo de leche es de igual importancia.

Mito 7: nunca despiertes al niño que duerme. **Realidad:** aunque es verdad que la mayoría de los niños indican cuándo tienen hambre, es posible que los recién nacidos no se despierten tan a menudo como lo necesitan, por lo que hay que despertarlos si fuera necesario para que coman por lo menos ocho veces cada 24 horas. Quizá no se despierta a causa de los medicamentos que recibió la madre durante el parto, por ictericia, trauma, chupete, medicamentos maternos o comportamiento introvertido por parte de los niños a los que se les hace esperar cuando dan señales de hambre.

Mito 8: las madres lactantes deben usar siempre ambos pechos en cada toma. **Realidad:** es mucho más importante dejar que el niño termine de tomar del primer lado antes de ofrecer el segundo, aunque esto signifique que rechace el segundo lado durante esa toma. La última leche (que contiene más calorías) se obtiene gradualmente conforme se va vaciando el pecho. Para algunos niños, si se les cambia de lado de forma prematura, se llenarán de la leche primera, más baja en calorías, en vez de obtener el equilibrio natural entre la leche primera y segunda.

Mito 9: si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad. **Realidad:** los estudios demuestran que aun las mujeres desnutridas son capaces de producir leche de suficiente calidad y cantidad para suplir las necesidades de crecimiento del niño. En la mayoría de los casos, el escaso

peso se debe al consumo insuficiente de leche materna o a un problema orgánico del niño.

Mito 10: cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos. **Realidad:** las causas más comunes de leche escasa son: tomas infrecuentes y/o problemas con el afianzamiento y postura del bebé al mamar. Ambos problemas se deben en general a información incorrecta que recibe la madre lactante. Los problemas de succión del niño también pueden afectar de forma negativa a la cantidad de leche que produce la madre. El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causas de baja producción de leche, ya que el cuerpo humano ha desarrollado mecanismos de supervivencia para proteger al lactante en tiempos de hambruna.

Mito 11: una madre debe tomar leche para producir leche. **Realidad:** una dieta saludable de verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse adecuadamente y producir leche. El calcio se puede obtener de una gran variedad de fuentes no relacionadas con los lácteos, como las verduras verdes, semillas, frutos secos y pescados como la sardina y el salmón con espina. Ningún otro

Mito 12: alimentar al niño a demanda no facilita el vínculo maternal. **Realidad:** responder de forma sensible a las señales del niño/a une a la madre con su hijo de tal forma que se sincronizan, lo cual crea un vínculo mayor.

Mito 13: algunos niños son alérgicos a la leche materna. **Realidad:** la leche materna es la sustancia más natural y fisiológica que el niño puede ingerir. Si el bebé muestra señas de sensibilidad relacionadas con la alimentación, en general se deben a alguna proteína ajena que ha logrado entrar a la leche materna, y no a la leche materna en sí.

Mito 14: la lactancia demasiado frecuente causa obesidad cuando el niño crece.

Realidad: los estudios científicos demuestran que los niños amamantados que auto controlan sus patrones alimenticios y la cantidad que ingieren tienden a consumir la cantidad de leche adecuada para su propio cuerpo. Es la alimentación con biberón y la introducción precoz de alimentos complementarios la causa de que se vean afectados de obesidad al crecer, no la lactancia natural.

Mito 15: la Lactancia prolongada carece de valor, ya que la calidad de la leche se deteriora. **Realidad:** la composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño conforme éste madura. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna es su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses. Se convierte en complemento de los alimentos al segundo año de vida. Además, el sistema inmunológico del niño tarda entre dos y seis años en madurar.¹²

IV. METODOLOGIA

A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

La presente investigación se desarrolló en 110 CIBVs de la Provincia de Bolívar en el periodo comprendido de Noviembre 2012–Enero 2013.

B. VARIABLE

1. Identificación

- Características Socio demográficas.
- Actitudes
- Prácticas.
- Conocimientos

2. Definiciones

a. Características socio demográficas: Trata de las características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo se refiere entre otros a la población por edades, situación, familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil, niveles de educación, etc.

b. Actitudes: Forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación

biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

c. Prácticas: Ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido. Ejecutar, hacer, llevar a cabo algo.

d. Conocimientos: Es la acción y efecto de conocer, es decir averiguar, entender, saber por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

3. Operacionalización

| VARIABLES | TIPO | ESCALAS |
|--|---------|---|
| Características socio demográfica | | |
| Área de residencia | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rural ➤ Urbano |
| Nivel de inserción social | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estrato medio alto 1 ➤ Estrato medio 2 ➤ Estrato popular alto 3 ➤ Estrato popular bajo 4 |
| Edad de la madre | ORDINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 10- 14 años ➤ 15-19 años ➤ 20-34 años ➤ > 35 años |
| Estado civil | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soltera ➤ Casada ➤ Divorciada ➤ Viuda ➤ Unión libre |
| Grado de instrucción | ORDINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Primario incompleta ➤ Primaria completo ➤ Secundaria incompleto ➤ Secundaria completo |

| | | |
|--|---------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Superior incompleto ➤ Superior completo ➤ Ninguno |
| Ocupación de la madre | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Empleada pública ➤ Empleada domestica ➤ Trabaja en la agricultura ➤ Estudiante. ➤ Ama de casa |
| Conocimientos | | |
| ¿Cuándo usted debe iniciar la lactancia materna? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inmediatamente después del parto (1 hora) ➤ A las 24 horas de nacido ➤ Cuando el bebé llore de hambre por primera vez |
| ¿Qué entiende usted por Lactancia Materna Exclusiva? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es dar sólo leche materna. ➤ Es dar leche materna más agüitas. ➤ Es dar leche materna mas leche artificial. ➤ d) Es dar leche por el biberón |
| ¿Hasta qué edad se debe dar solo Lactancia Materna Exclusiva? | ORDINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hasta los 2 años. ➤ Hasta los 6 meses. ➤ Hasta los 12 meses. ➤ No sabe |
| ¿Si su bebe duerme más de dos horas, ¿qué haría Usted? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dejo que siga durmiendo ➤ Lo despierto y le doy biberón. ➤ Lo despierto y le doy pecho. ➤ d) Solo lo despierto |
| Si usted trabajara o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe alimentar al bebe? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Doy leche artificial. ➤ Leche materna y artificial ➤ le daré leche materna extraída en el hogar o en el trabajo. ➤ No sabe. |
| ¿Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea ¿qué haría Usted? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ le suspende la lactancia materna. ➤ Le da panela y otras agüitas ➤ Le daría pecho con mayor frecuencia ➤ Lo lleva al Establecimiento de Salud ➤ No sabe |
| ¿Sabe usted que madres no deben dar de lactar? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Madres que tienen TBC ➤ Madres con VIH /SIDA ➤ Madres que lavan mucha ropa. ➤ No sabe. |

| | | |
|---|---------|---|
| ¿Conoce usted los tipos de nutrientes que tiene la leche materna? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ SI ➤ NO |
| Cuales son: | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proteínas ➤ Grasas ➤ Carbohidratos ➤ Vitaminas ➤ Minerales |
| ¿Conoce la edad que debe realizar el destete de su niño/a? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ SI ➤ NO |
| A qué edad: | ORDINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 meses ➤ 4-7 meses ➤ 8-11 meses ➤ 12- 23 meses ➤ 24 meses |
| Actitudes | | |
| ¿Puede Usted decirme la razón por la que le daría Leche Materna Exclusiva a su bebe? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Me ahorro dinero. ➤ Le da nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas. ➤ Me permite expresarle mi afecto y amor a mi bebe. ➤ No sabe |
| ¿Puede Usted decirme las razones de por qué la lactancia materna es buena para la mamá? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ La matriz se nos acomoda más rápido ➤ Nos ayuda a espaciar los embarazos ➤ Tenemos menos riesgos de adquirir cáncer de senos y cuello uterino ➤ Todas las anteriores. ➤ Ninguna de las anteriores |
| ¿Cuántas veces al día le da el seno materno a su niño/a? | ORDINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 a 4 veces al día ➤ 5 a 7 veces al día ➤ 8 a 10 veces al día ➤ 11 más |
| Cada qué tiempo ¿Usted debe dar amamantar a su bebé? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada 2 horas ➤ Cada vez que el niño/a lllore o a libre demanda ➤ Cada 3 horas ➤ Cada 6 horas ➤ No sabe |
| Prácticas | | |

| | | |
|---|---------|---|
| ¿Cómo usted retira al niño/a de su seno? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hala el pezón para que le bebe suelte. ➤ Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón. ➤ No sabe. |
| ¿Se preparó usted los pezones durante el embarazo? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No |
| ¿Se lava las manos antes de dar el seno materno a su hijo/a? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ SI ➤ No |
| ¿Durante la posición sentada señale cual es la posición del amamantamiento? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ La madre debe colocarse en una silla con los pies colgados ➤ Si la madre está en posición lateral debe utilizar una almohada de apoyo en la espalda ➤ No sabe |
| ¿Por cuál de los senos empieza nuevamente a darle de lactar al bebe? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Empezará dar de lactar por cualquier seno. ➤ Iniciará por la mama que no estuvo lactando anteriormente. ➤ Empezaría dar de lactar por la que terminó anteriormente. ➤ No sabe. |
| ¿Hasta qué edad le da o le dio leche materna exclusiva? | ORDINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hasta 3 meses ➤ Entre 4 a 5 meses ➤ Hasta 6 meses ➤ Hasta 7 meses ➤ No se acuerda |
| ¿Cuál es la forma adecuada para realizar un buen destete? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentación adecuada ➤ Maltrato infantil (golpea al niño, le abandona) ➤ Maltrato psicológico (amenaza, aislamiento) ➤ Paulatinamente |
| ¿De quién obtuvo la información sobre Lactancia Materna? | NOMINAL | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Salud ➤ Familiares ➤ Amigos |

FUENTES: Gallegos Espinoza, S. Evaluación Nutricional: Texto básico Riobamba: Espoch 1998

C. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal, no experimental.

D. POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

Para el presente estudio de investigación se trabajó con 1853 madres de niños/as menores de 2 años que asisten a los 110 Centros Integrales del Buen Vivir de la Provincia de Bolívar, Noviembre 2012–Enero 2013.

Criterio de exclusión. Madres de niños/as menores de 2 años cuya falta de colaboración no permitió la toma de datos.

E. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

1. Solicitar permiso

Se realizó un acercamiento con las autoridades de las instituciones MIES y Ministerio de Salud Pública de la Provincia Bolívar para solicitar la certificación para la recopilación de datos de los CIBVs y la nómina de madres de familia de niños/as menores de 2 años que asisten a los CIBVs.

2. Validación de datos

Para validar la encuesta se aplicó una prueba piloto en madres de niños/as menores de 2 años de los CIBVs lo que nos permitió identificar:

- Tipo de pregunta adecuada
- Si la pregunta es correcta y comprensible.
- Si las preguntas formulados tiene un orden lógico

3. Recopilación de datos

Se aplicó una encuesta CAP dirigido a las madres lactantes de niños/as menores de 2 años, a la vez que se hizo firmar el consentimiento informado.

4. Procesamiento de datos

Para la Tabulación de los datos se elaboró una base de datos en Excel, posteriormente se transportó los datos y se realizó el análisis estadístico con el programa JMP 5.1.

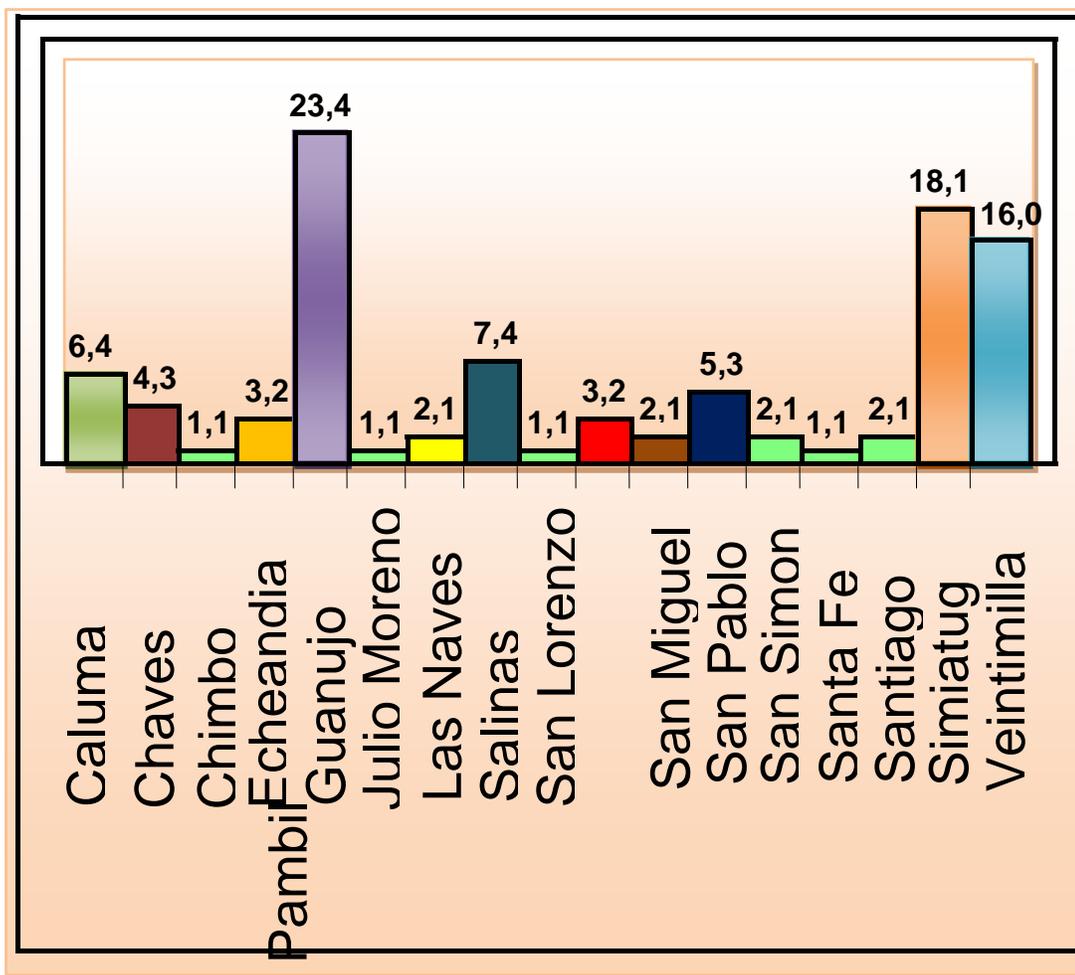
Para las variables nominales se utilizó números y porcentajes, para las variables medidas en escala continua y ordinal se utilizó medidas de tendencia central: promedio, mediana, desvíos estándar, valor mínimo y máximo.

Elaboración del plan

Se elaboró un plan de Intervención Educativo sobre lactancia materna dirigido a las madres con niños/as menores de 2 años, de los CIBVs de la Provincia de Bolívar, tomando en cuenta las falencias encontrada en este estudio.

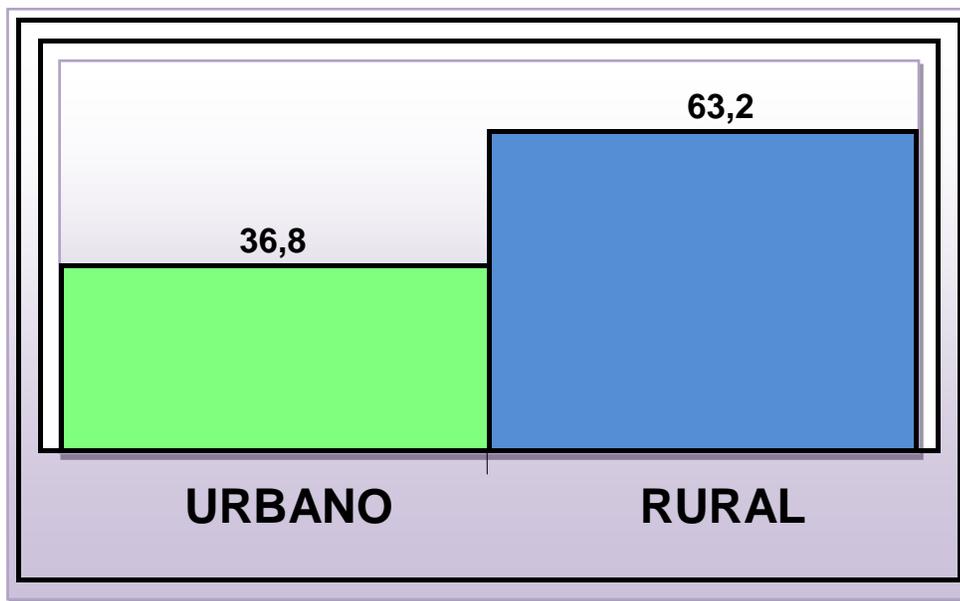
V. RESULTADOS Y DISCUSION

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CIBVs SEGÚN PARROQUIAS



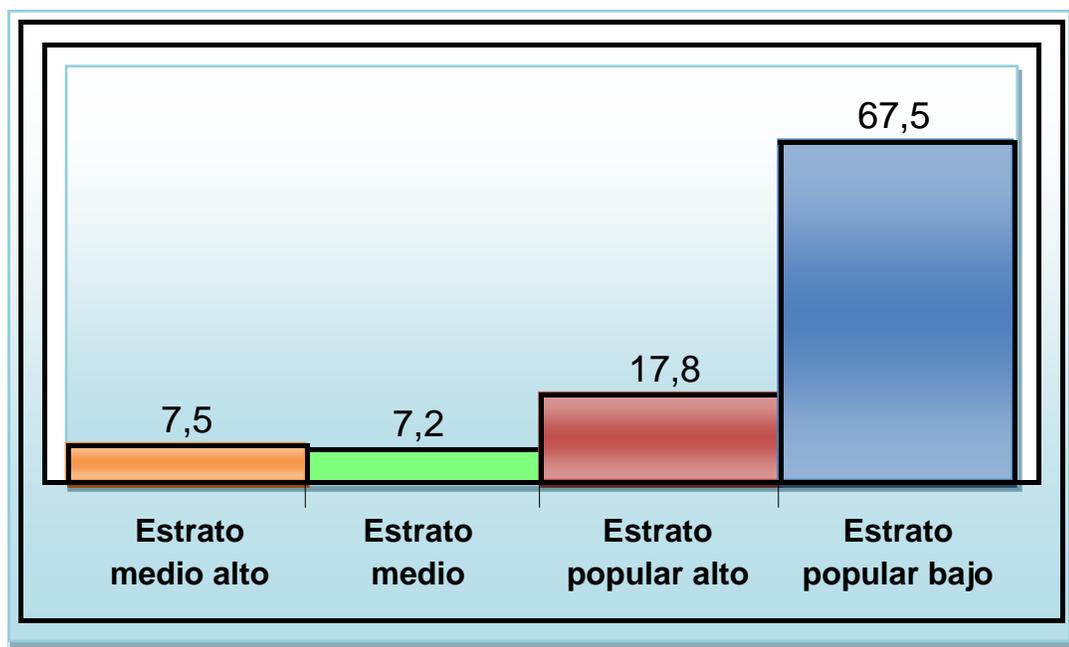
La mayoría de los CIBVs se encuentran concentrados en la parroquia de Guanujo el 23,4% con el 18,1% en la parroquia Simiatug y el 16% en la parroquia Veintimilla. Lo cual nos permite ver la distribución territorial para el plan de intervención de salud.

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN AL ÁREA QUE PERTENECEN.



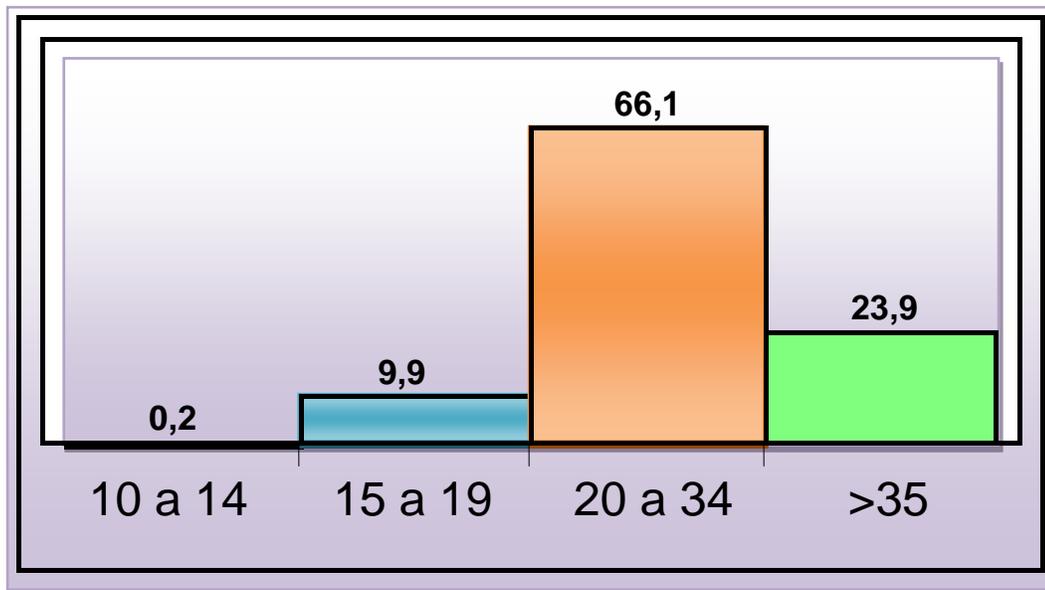
Al analizar los datos obtenidos del estudio se encontró que el mayor porcentaje (63,2%) de madres entrevistadas viven en el área rural comparado con el porcentaje de madres que viven en el área urbana, esto se debe principalmente a que en la provincia de Bolívar la mayor población habita en el área rural es decir de los 91,877 habitantes el área rural está habitado por 68,003 que representa el 74% de la población total.

GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL NIVEL DE INSERCIÓN SOCIAL.



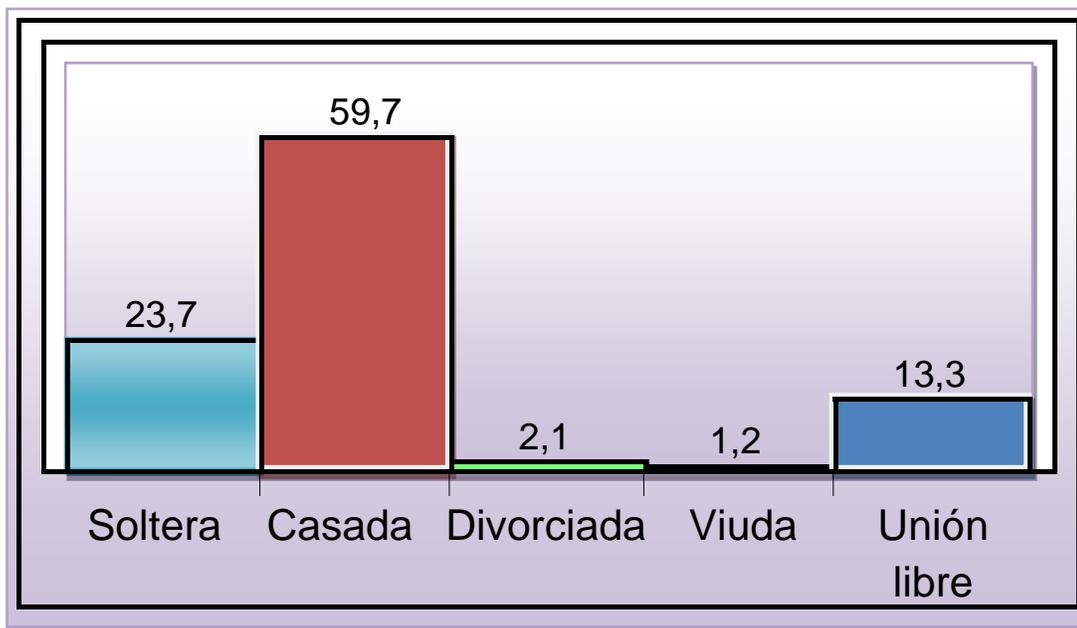
Al analizar los datos obtenidos en este estudio se encontró que el mayor porcentaje de población se encuentra ubicado en el estrato popular bajo el 67,5%, dentro de esta categoría están considerados ocupaciones como: subempleados, vendedores ambulantes, construcción, agrícola, pequeños productores rurales, campesino pobre, desocupados, jornaleros, ama de casa entre otros.

GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MADRES SEGÚN EDAD



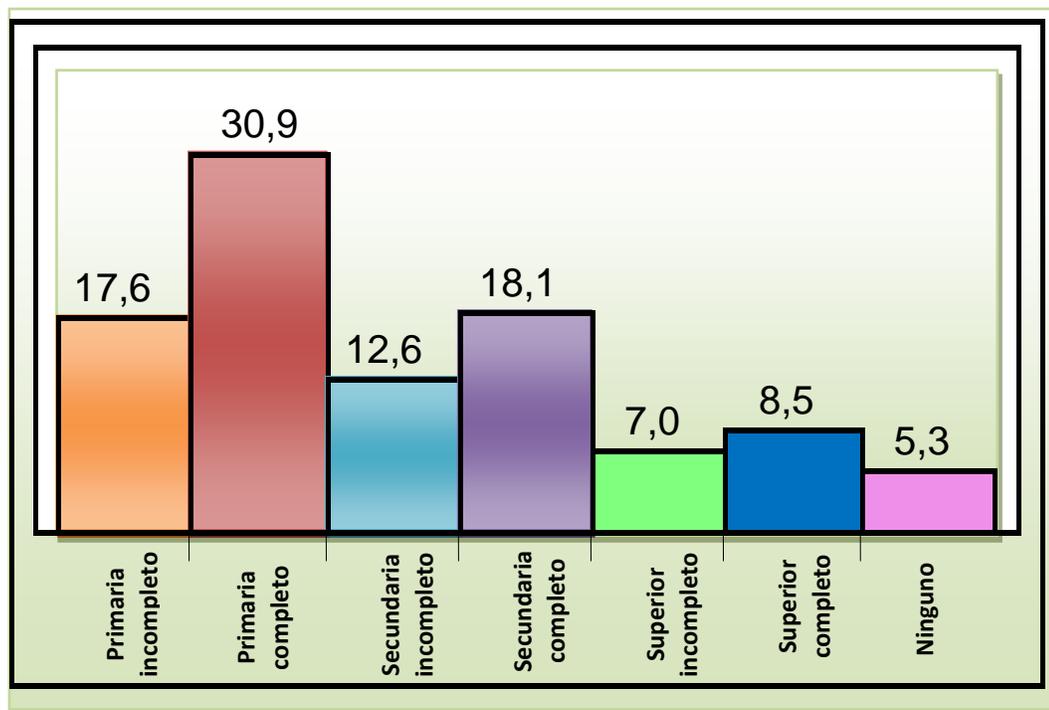
El mayor porcentaje de madres encuestadas (66,1%) se encontraron entre las edades de 20 a 34 años. Seguido a éste está el grupo de madres mayores de 35 años donde se puede presentar mayores riesgos tanto para la madre como para el niño/a.

GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MADRES LACTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL.



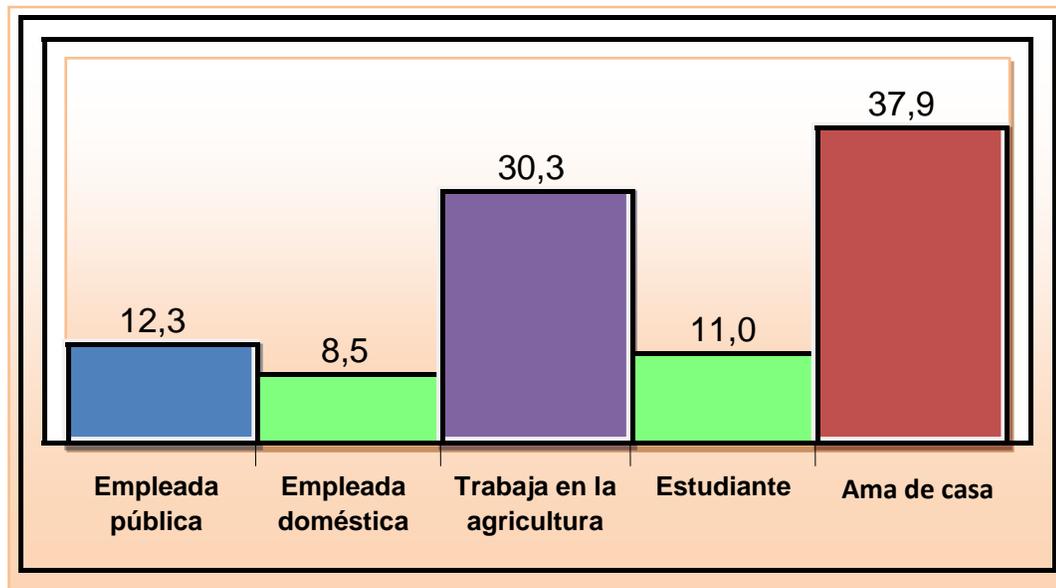
El mayor porcentaje de madres encuestadas (59,7%) son casadas, lo cual nos permite saber que cuentan con el apoyo del conyugue algo muy importante para el desarrollo de sus hijos/as. Las mujeres casadas tienen más apoyo y estabilidad emocional tan vitales en esta etapa, mientras que el 23,7% de madres son solteras que generalmente en su mayoría son adolescentes presentan poco desarrollo biopsicosocial y fisiológico para asumir el reto de ser madre.

GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN.



Al analizar los datos obtenidos del estudio se encontró que el mayor porcentaje (30,9%) de madres son de baja escolaridad, mientras que el 5,3% de madres son analfabetas. Por falta de conocimiento las madres no practican adecuadamente la lactancia materna.

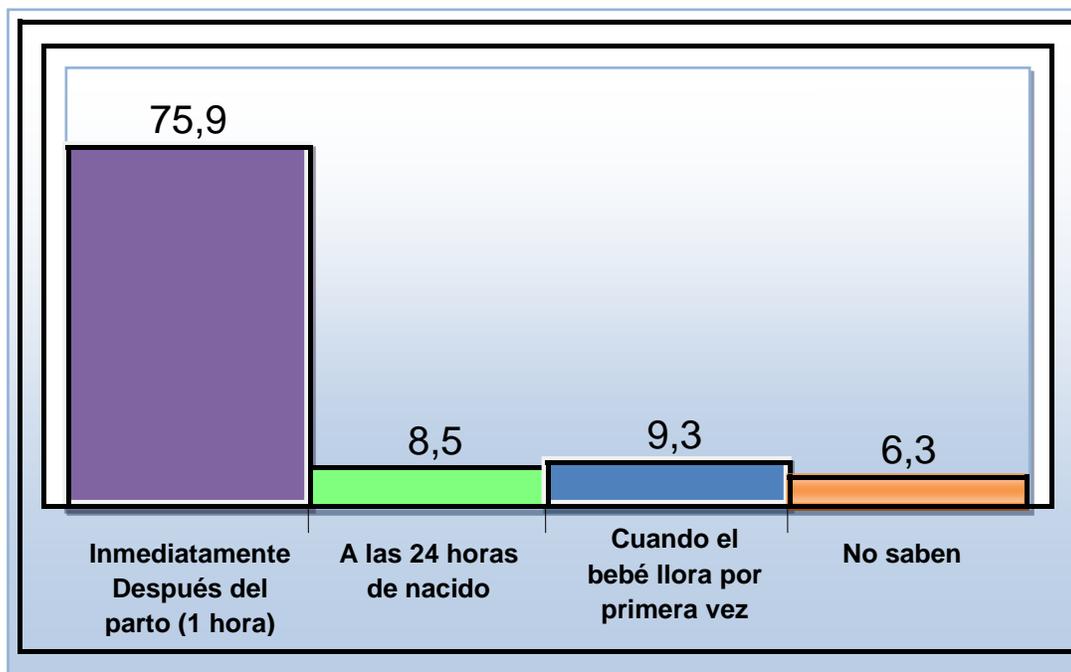
GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN OCUPACIÓN.



Se observa que el mayor porcentaje de madres encuestadas (37,9%) son amas de casa, además otra fuente de ingreso es la agricultura ya que la provincia Bolívar es eminentemente agrícola.

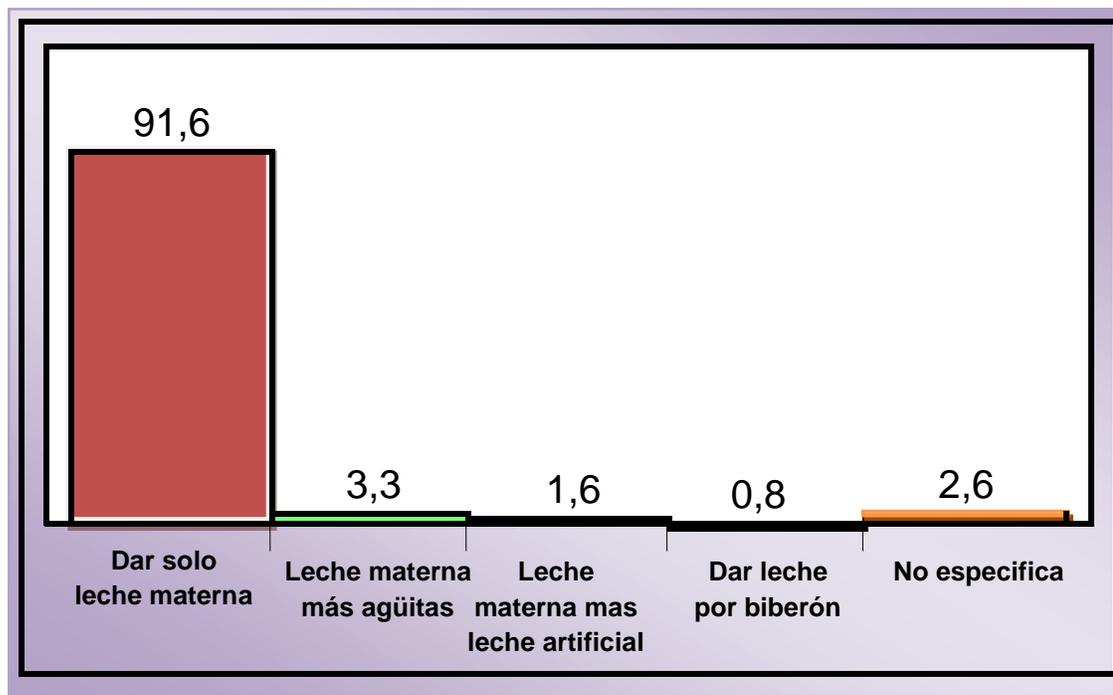
Mientras que el 11% de madres son estudiantes, son las que tienden a abandonar precozmente la lactancia materna muchas veces obligadas por el tiempo o la falta de información.

GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA A SU BEBÉ



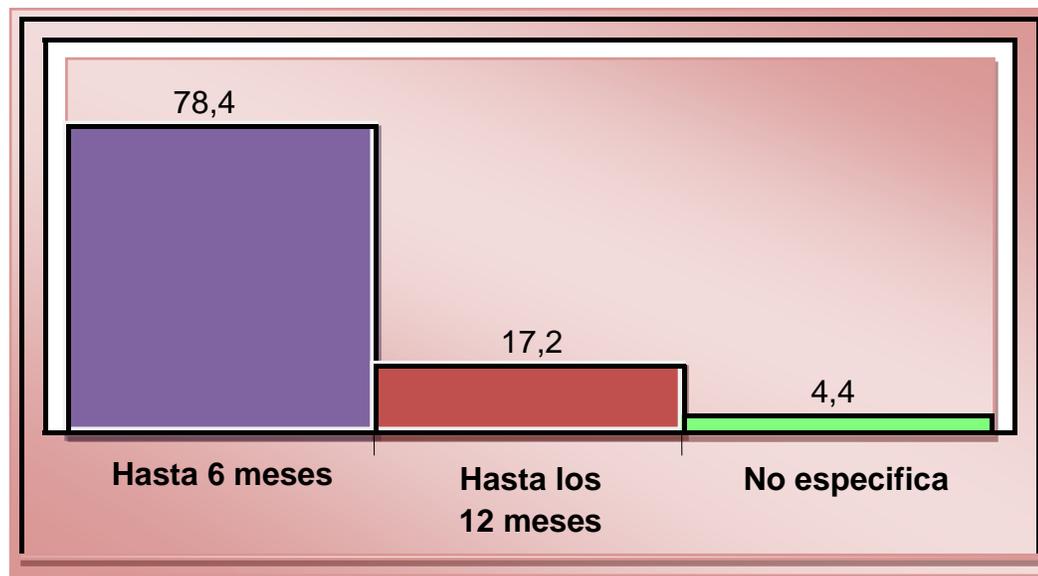
El 75,9% de madres inician la lactancia materna inmediatamente después del parto, se puede observar la evolución de las prácticas relacionadas con la lactancia materna. Si todos los niños/as fueran alimentados exclusivamente con leche materna desde su nacimiento, sería posible salvar cada año aproximadamente 1,5 millones de vidas.

GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



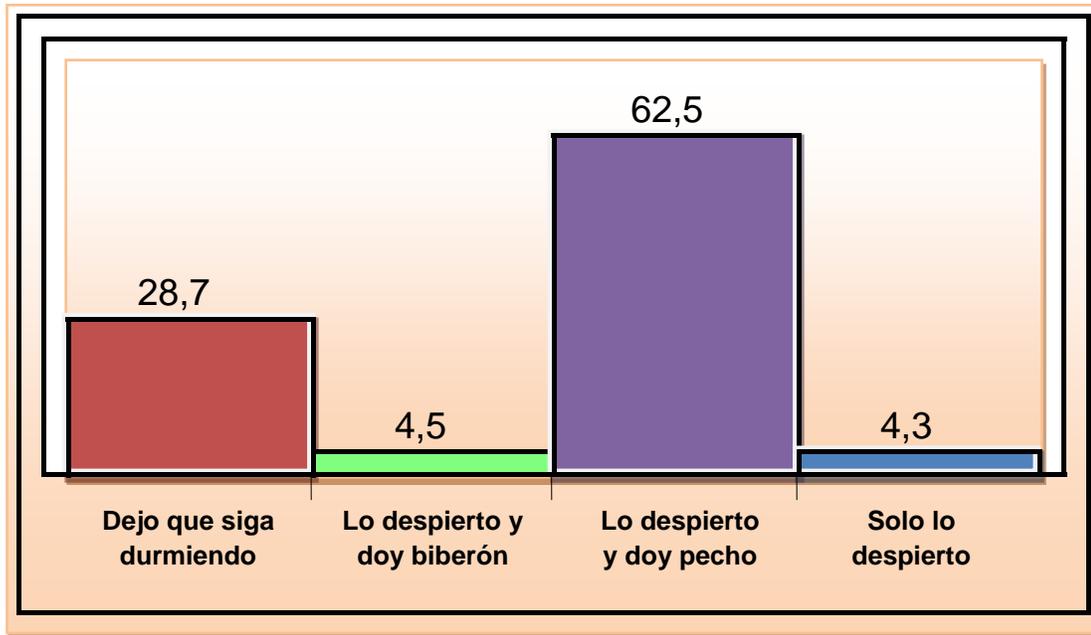
El mayor porcentaje de madres encuestadas (91,6%) conocen sobre lactancia materna exclusiva, además conocen que el calostro es el primer alimento del niño/a inmediatamente después de nacer, mientras que el 0,8% de madres refiere que es dar leche por biberón ya que muchas de ellas tienen que estudiar o trabajar para el sustento de su casa, y no pasan mucho tiempo con el niño/a.

GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA EDAD QUE DEBE DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



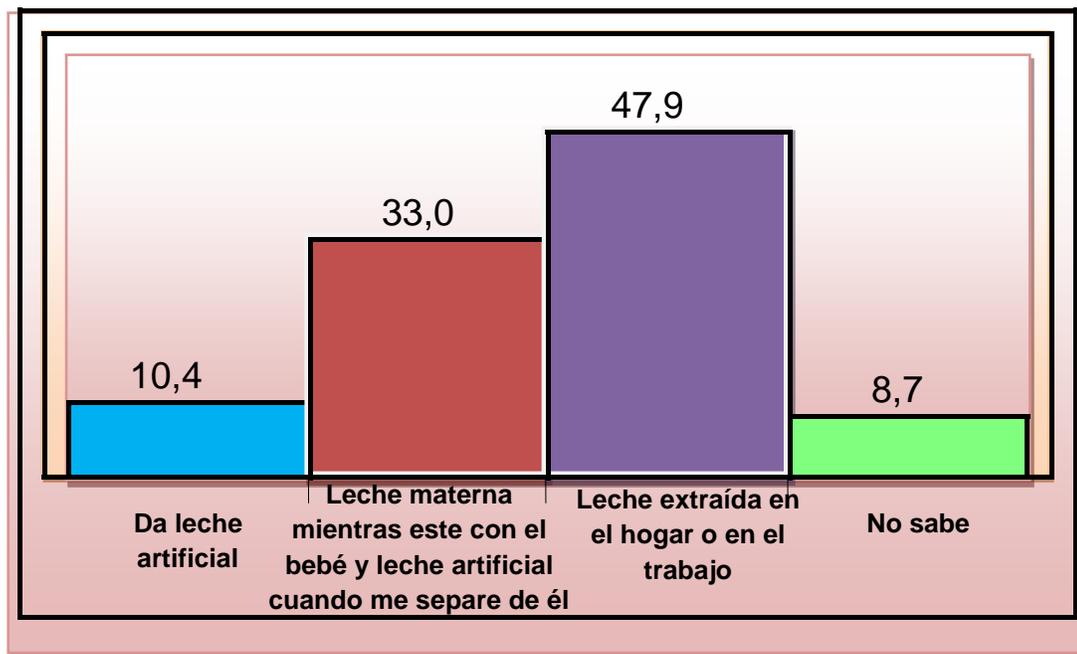
El mayor porcentaje de madres (78,4%) conocen que deben dar leche materna exclusiva hasta los 6 meses, mientras que el 17,2% de madres refieren hasta 12 meses, lo cual implica también un problema ya que a partir de los 6 meses los lactantes no reciben los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo activo.

GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES DE ACUERDO A PRÁCTICAS REALIZADAS SI EL BEBÉ DUERME MAS DE DOS HORAS



El mayor porcentaje de madres (62,5%) lo despiertan y dan el seno materno cuando el bebé duerme más de dos horas. Es una práctica adecuada porque no deben poner horarios de lactancia, ni restricciones en la duración o frecuencia de succión, la alimentación del niño/a debe ser a libre demanda y el 28,7% de madres prefieren dejar al niño/a que siga durmiendo.

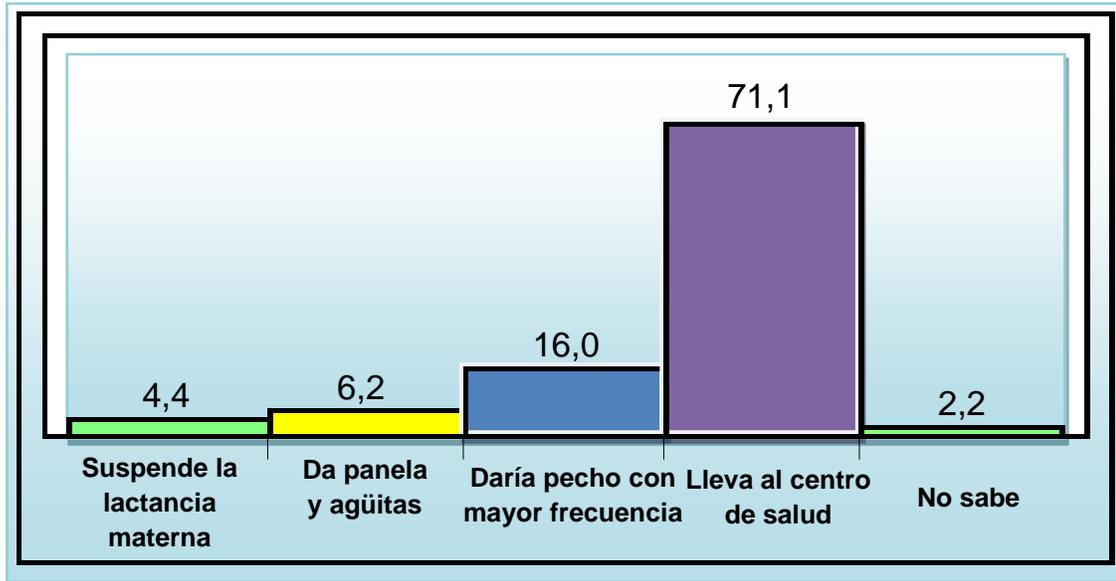
GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ACERCA DE CÓMO DEBE ALIMENTAR AL BEBÉ CUANDO LA MADRE TRABAJA O ESTÁ FUERA DE CASA



El 47,9% de las madres lactantes prefieren alimentar al bebé con la leche extraído en el hogar o en el trabajo, ante esta evidencia es importante recalcar que el personal de salud esta fomentando la importancia de la leche materna ante cualquier otro sucedáneo.

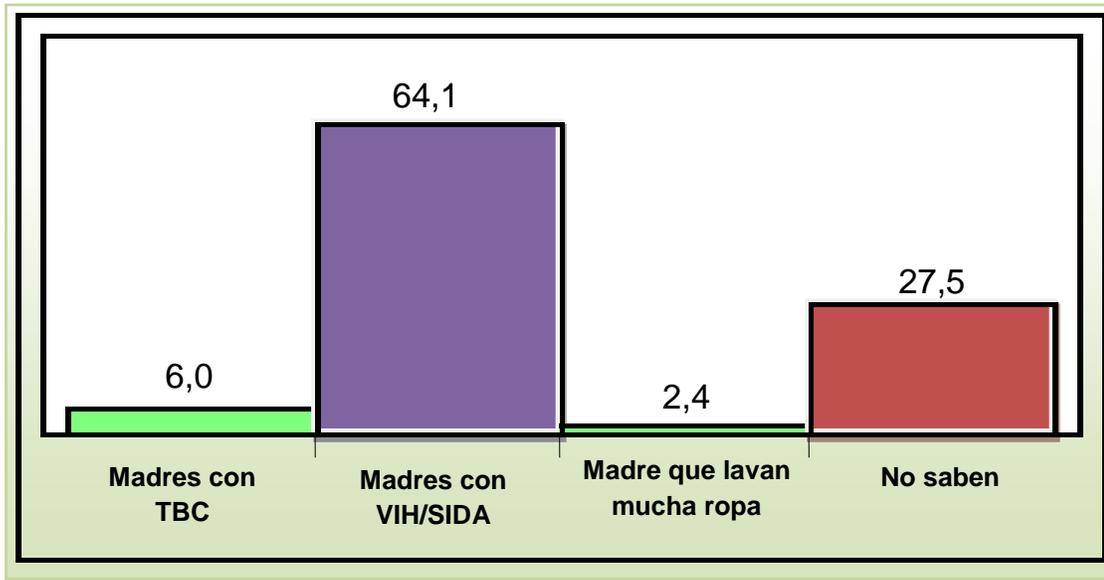
Mientras el 10,4% de madres prefieren alimentar con leche artificial, el consumo de este producto se relaciona con una mayor posibilidad de infecciones del tracto respiratorio, enfermedades crónicas no trasmisibles, alérgicas, se intensifica el riesgo de depresión y hemorragia posparto en la madre, sube el riesgo de anemia y tiene un costo elevado.

GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE QUE DEBE HACER SI EL BEBÉ MENOR DE 6 MESES TUVIERA DIARREA



Al analizar el estudio se determinó que el 71,1% de madres prefieren llevar al niño/a al centro de salud, sin embargo el 4,4% de madres aún suspenden el seno materno en caso de enfermedad, lo que sin duda tendrá un impacto negativo en el crecimiento y desarrollo del niño/a.

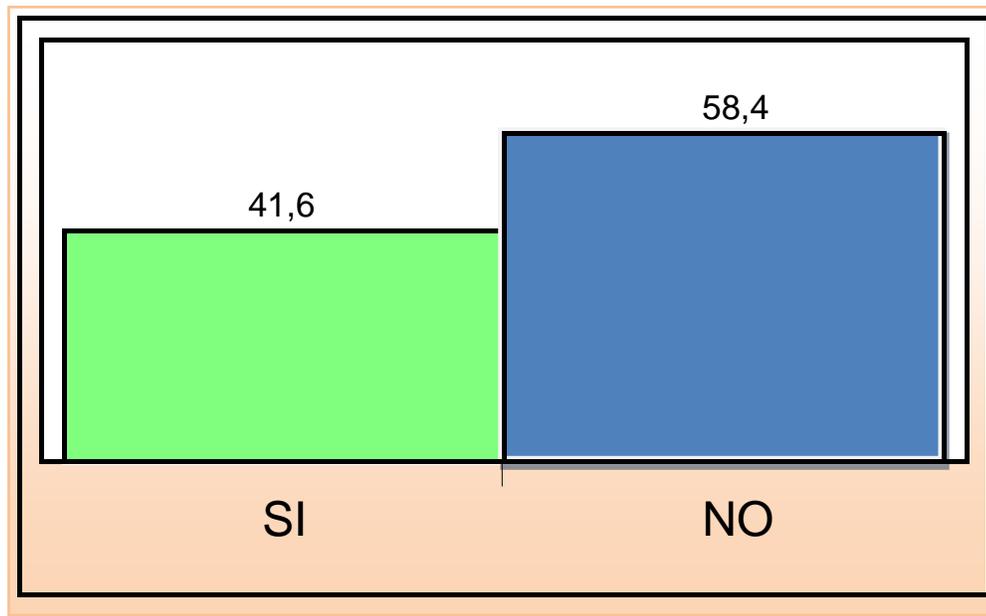
GRÁFICO 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MUJERES QUE NO DEBEN DAR DE LACTAR



Al analizar el estudio se encontró que el 64,1% de madres refieren que no deben dar de lactar mujeres con VIH/SIDA porque la transmisión de este virus en el periodo de lactancia ocurre a través de la leche materna, lo cual constituye un cambio en el paradigma tradicional de considerarla como la alimentación de elección para proteger la salud de los niños/as a nivel mundial, seguido el 27,5% de madres no conocen.

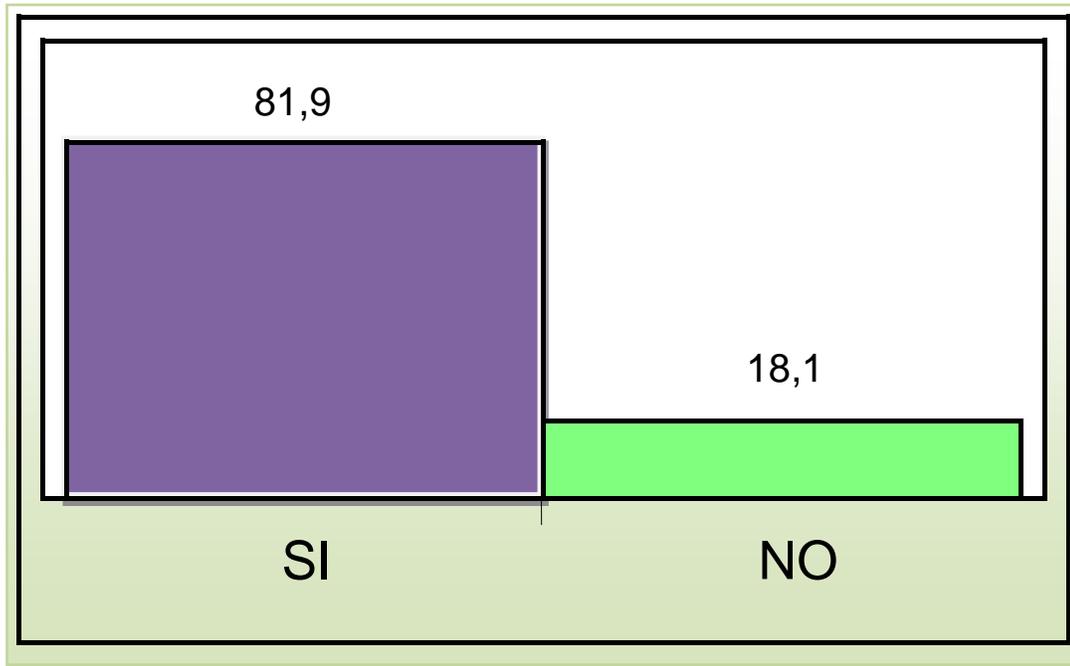
Se pudo constatar que aún existen mitos en lactancia materna como es el caso de que las madres consideran que no se debe dar de lactar cuando se lava mucha ropa.

GRÁFICO 15. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS NUTRIENTES DE LA LECHE MATERNA



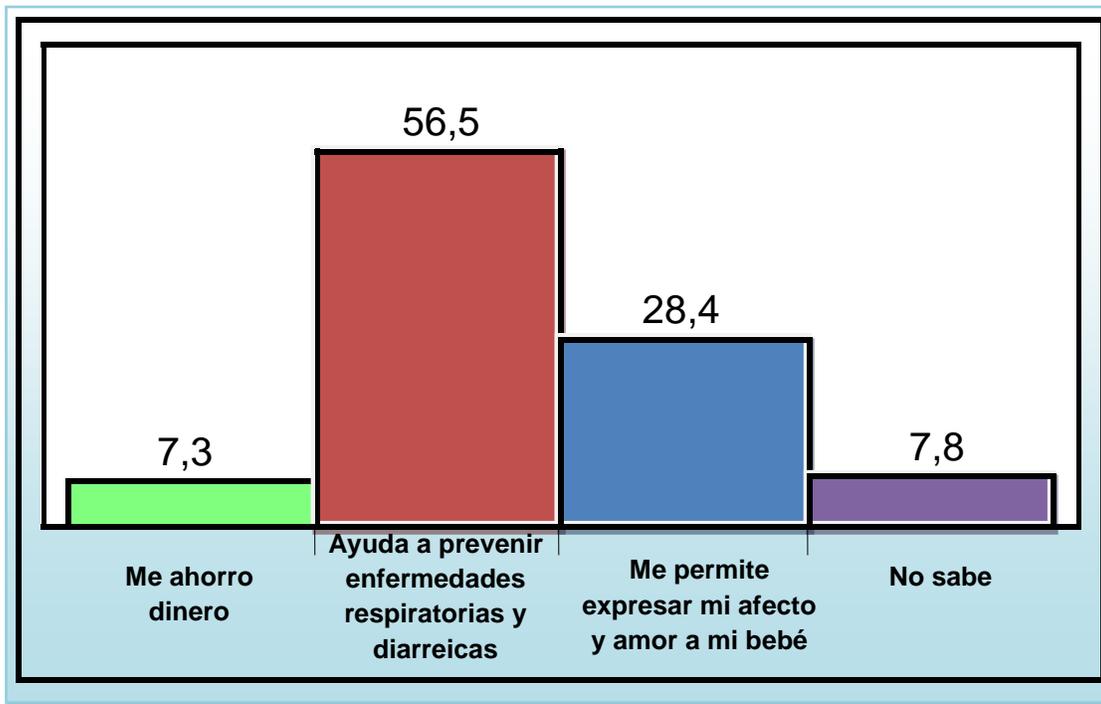
El 58,4% de madres no conocen los nutrientes de la leche materna motivo por el cual optan por dar leche artificial o alimentos antes de los 6 meses y el 41,6% de madres conocen los nutrientes de la leche materna que es rica en proteínas, grasas y vitaminas. La leche materna, además de su valor nutritivo, contiene sustancias de singular valor para la defensa del lactante contra múltiples microorganismos patógenos, contra los cuales todavía no ha desarrollado la inmunidad necesaria.

GRÁFICO 16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES QUE CONOCEN LA EDAD EN QUE DEBE REALIZARSE EL DESTETE



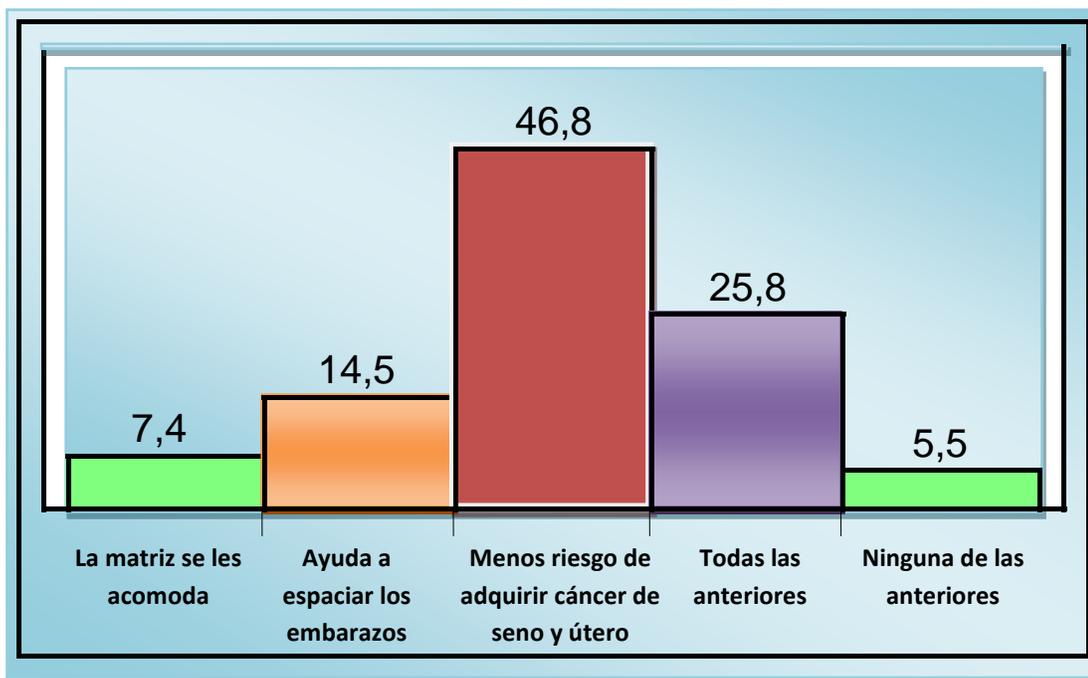
El 81,9% de madres encuestadas refieren la edad del destete entre 12 y 23 meses de vida ya que a esa edad ya comen todo tipo de alimentos, también a los niños/as les suspenden más temprano la lactancia ya que creen que si les dan hasta más del año y medio se vuelven malcriados y rebeldes que no obedecen a las madres cuando tienen más de dos años de edad.

GRÁFICO 17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA RAZÓN POR LA QUE DARÍA LECHE MATERNA EXCLUSIVA A SU BEBÉ



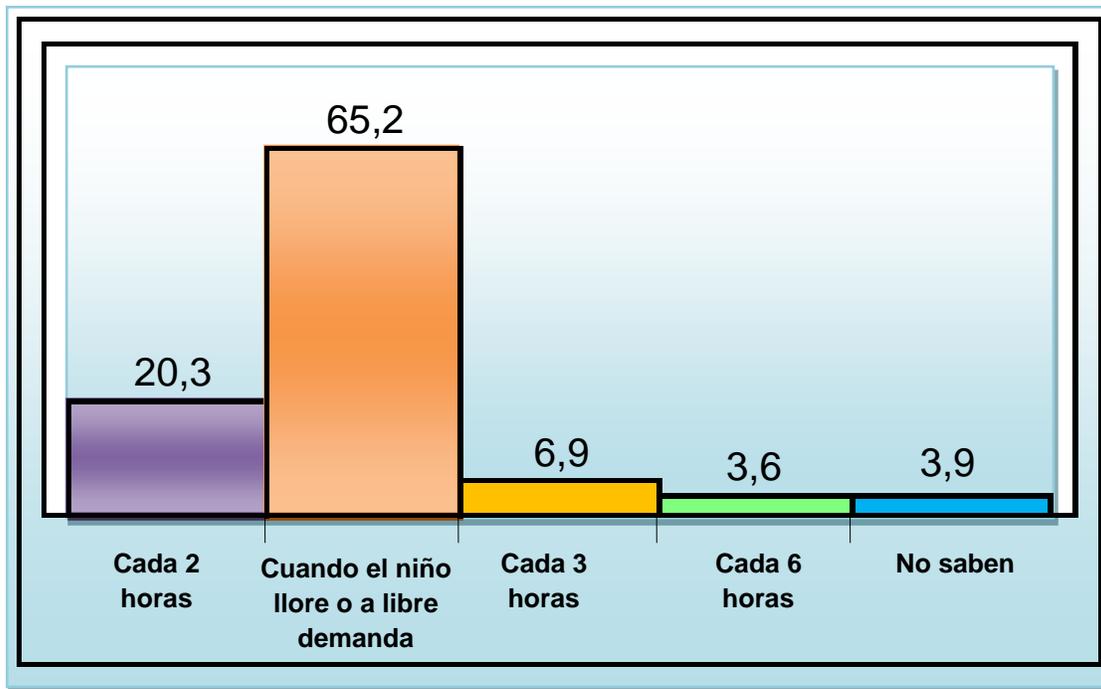
El 56,5% de madres que participaron en la investigación refieren que darían leche materna exclusiva porque protege contra enfermedades respiratorias, diarreicas, garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño/a, fortalece el vínculo afectivo, protege contra alergias, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes. El 7,8% de madres desconocen la importancia de la leche materna exclusiva para su bebé, por tal razón durante el embarazo se debe brindar consejería y apoyo calificado de acuerdo a las normas y protocolos de consejería del Ministerio de Salud Pública, para reforzar su confianza y asegurar que el recién nacido se amamante efectivamente.

GRÁFICO 18. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MUJER



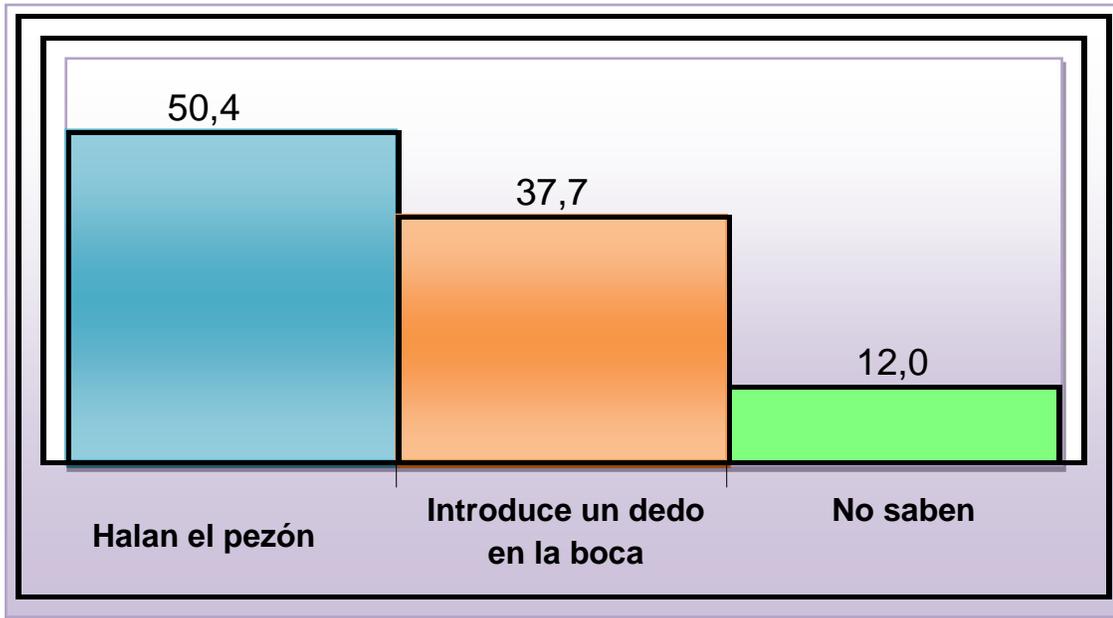
El 46,8% de madres refieren que la lactancia materna disminuye el riesgo de adquirir cáncer de seno, útero, presentan menos estrés, incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia y mejora la tolerancia al dolor. Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna, mientras el 5,5% de madres desconocen los beneficios de la lactancia materna.

GRÁFICO 19. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA FRECUENCIA QUE DAN EL SENO MATERNO AL BEBÉ.



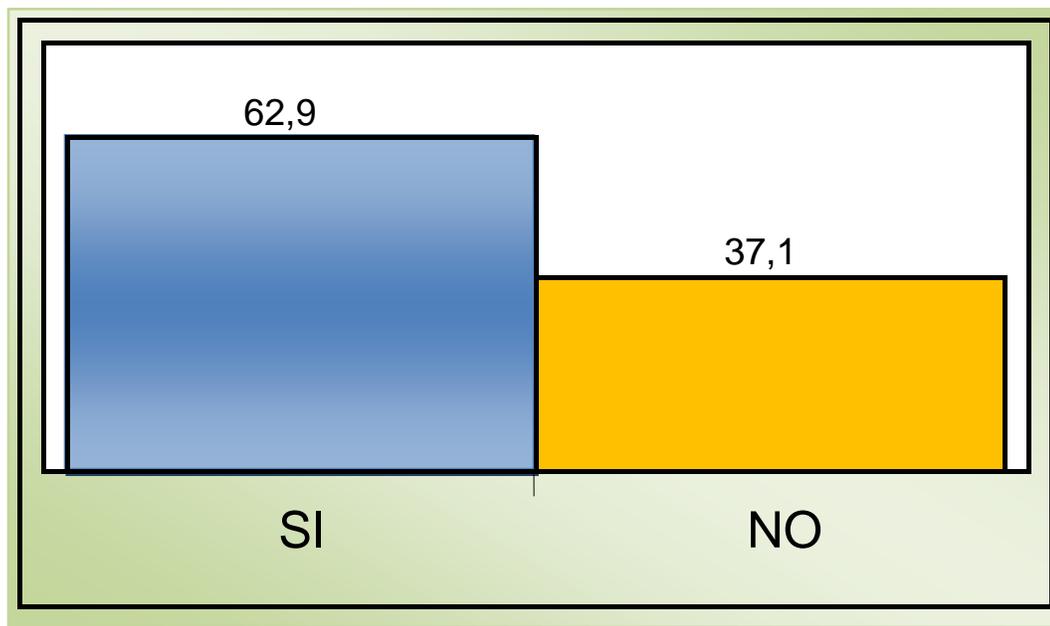
El 65,2% de madres dan seno materno cuando el niño/a llora o a libre demanda. La frecuencia de amamantamiento no sigue un esquema definido pero depende de la demanda del bebé. Cada niño/a tiene su propio ritmo y es normal que lacte también por la noche. La madre debe dar el seno tantas veces como su bebé lo desee, sin horarios ni tiempos. Cuando la madre trabaja o por alguna razón no pueda estar todo el tiempo con su bebé, es posible seguir con la lactancia exclusiva gracias a los métodos de extracción y de almacenamiento de la leche.

GRÁFICO 20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA PRÁCTICA DE RETIRAR AL NIÑO/A DEL SENO.



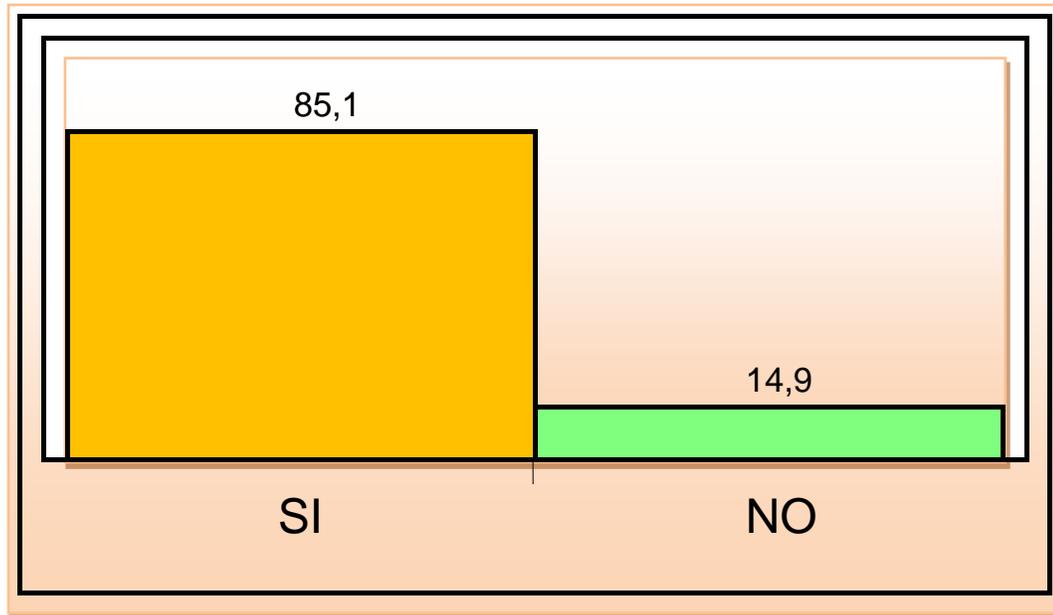
El 50,4% de madres halan el pezón es una práctica inadecuada de retirar al niño/a del seno materno ya que esto les puede ocasionar problemas como mastitis, grietas en los pezones y muchas veces la suspensión del seno materno.

GRÁFICO 21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES QUE PREPARARON LOS PEZONES DURANTE EL EMBARAZO



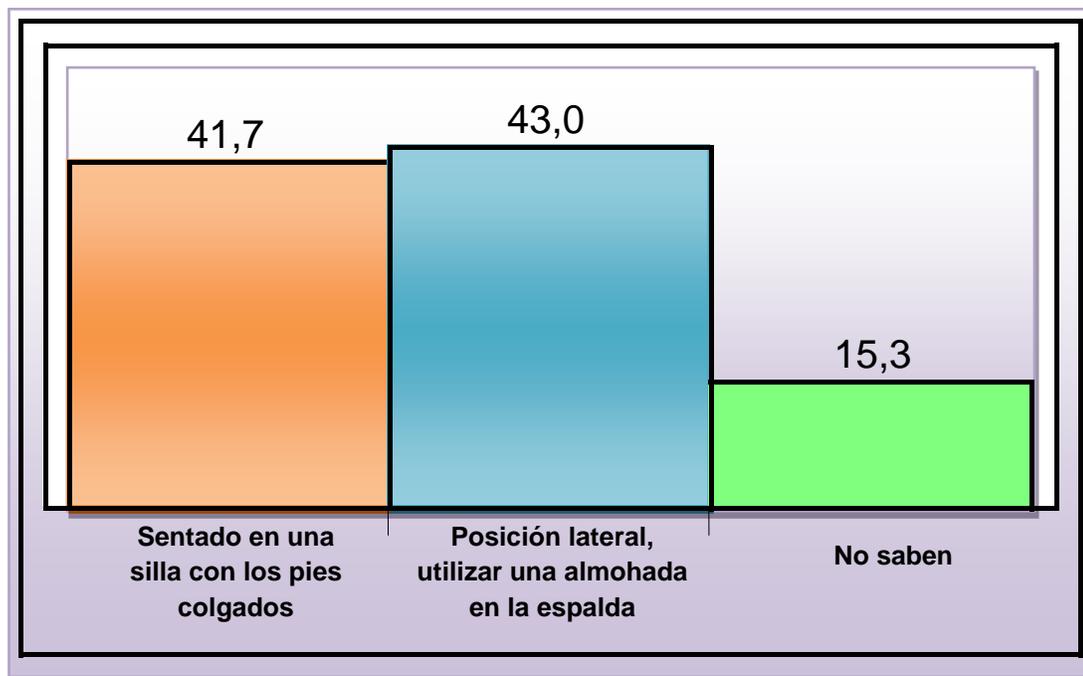
El 62,9% de madres refieren que prepararon los senos durante el embarazo para que los pezones salieran y así no tener problemas para amamantar, seguido el 37,1% de madres no prepararon los pezones, al momento de dar de lactar a su bebé va complicar un poco el agarre inicial del seno.

GRÁFICO 22. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN ASEPSIA DE LAS MANOS ANTES DE DAR EL SENO MATERNO A SU HIJO/A



El 85,1% de madres encuestadas lavan sus manos antes de dar de lactar a su bebé y el 14,9% de madres no se lavan porque ellas piensan que no le contamina a su bebé por medio de las manos, es debido a la falta de conocimientos por parte de las madres. Los gérmenes como las bacterias y los virus pueden ser transmitidos especialmente por las manos.

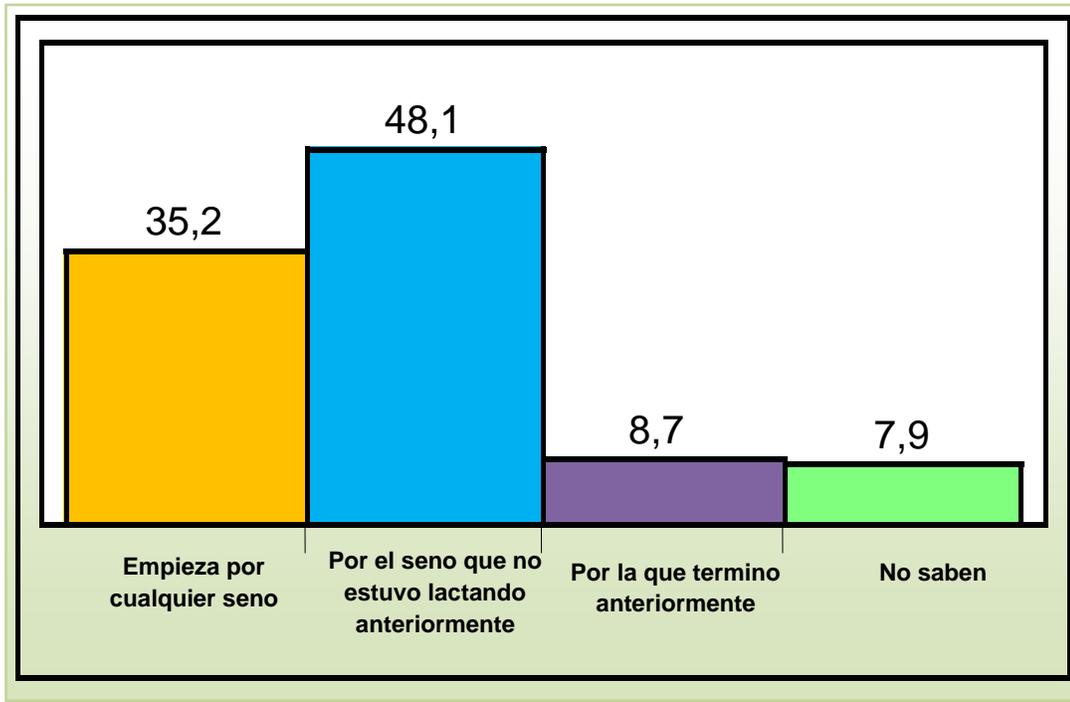
GRÁFICO 23. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA POSICIÓN UTILIZADA PARA DAR DE LACTAR AL BEBÉ



El 43% de madres dan de lactar en posición lateral, utilizan una almohada en su espalda. Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea y para dar amamantar de noche o en momentos de gran cansancio.

La posición adecuada es la madre sentada en una silla con los pies apoyados en el piso y el niño/a acostado frente a la madre a la altura de los pechos.

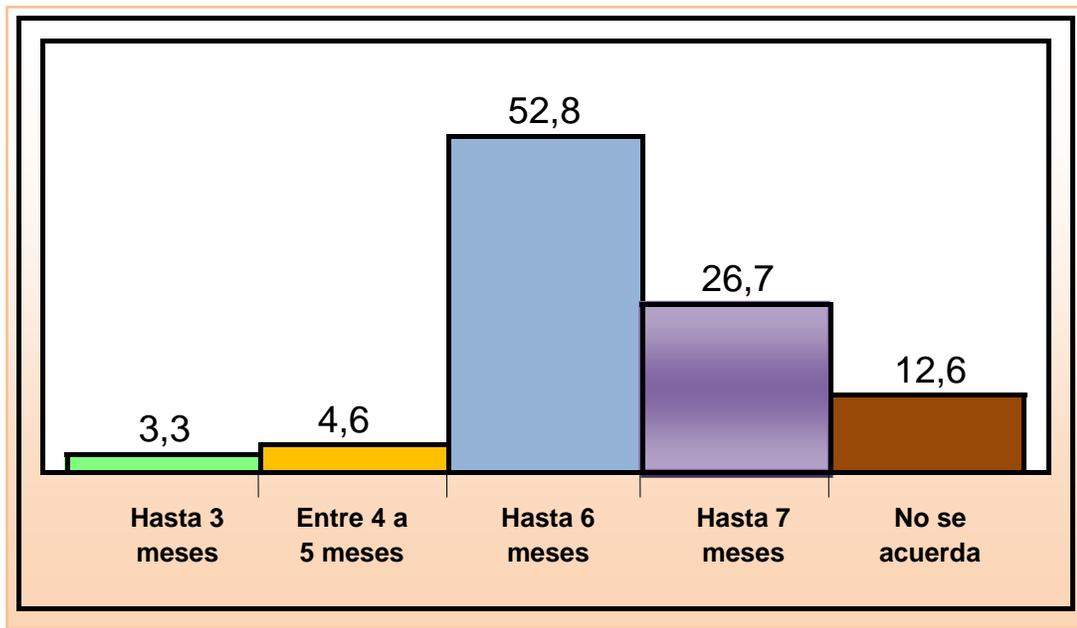
GRÁFICO 24. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN PRÁCTICA DE AMAMANTAMIENTO



El 48,1% de madres empiezan a dar de lactar por el seno que no estuvo lactando anteriormente esta práctica es adecuada ya que así puede prevenir problemas más frecuentes como grietas en los pezones, senos demasiados llenos, mastitis y dolor de pezones durante la lactancia.

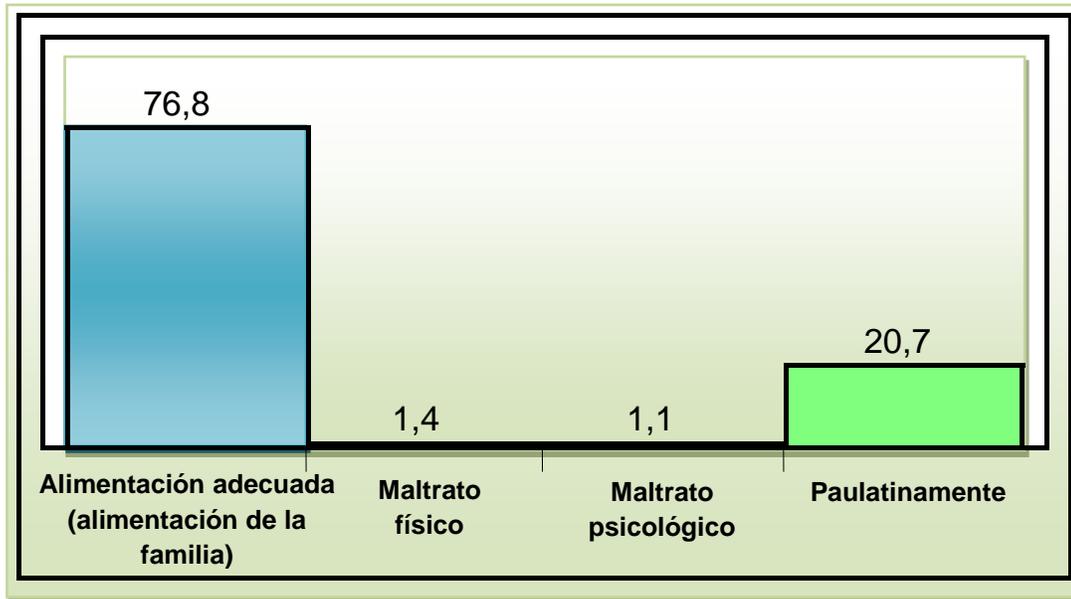
Se le debe permitir al bebé que se desprenda del primer seno cuando él quiera, antes de cambiarlo a la otra. El bebé puede querer alimentarse por más tiempo de un seno, es importante porque extrae más grasa de la leche materna.

GRÁFICO 25. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



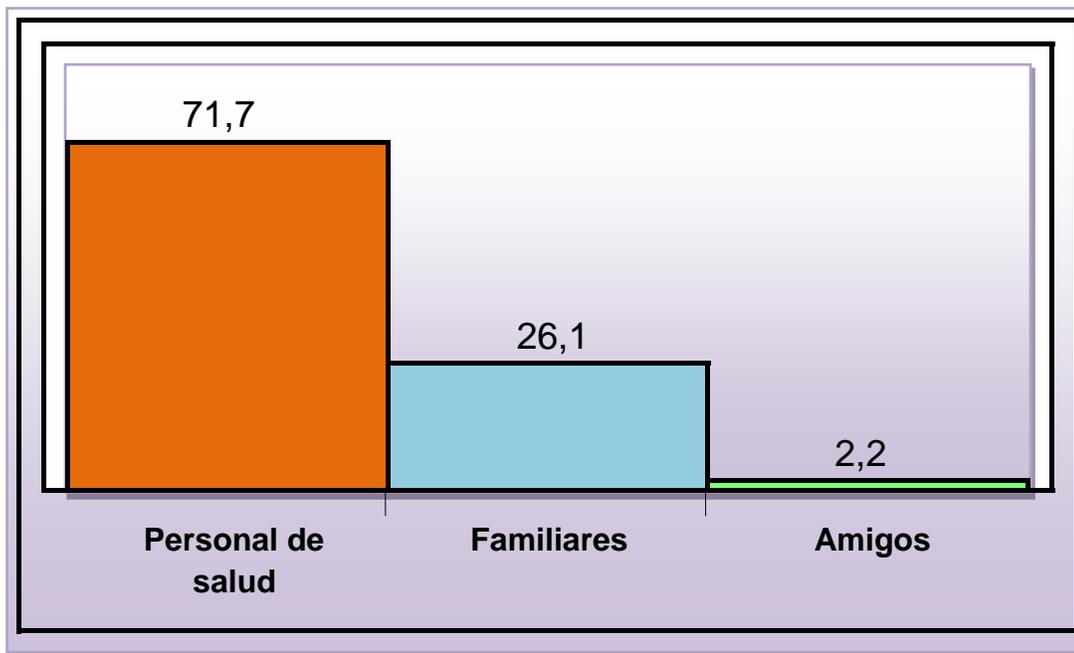
El 52,8% de madres que participaron en la investigación dieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y el 3,3% de madres hasta los 3 meses, por motivos que se desconocen pero según este resultado se puede dar porque las madres trabajan en la agricultura y dejan al niño/a en el CIBV.

GRÁFICO 26. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN PRÁCTICA ADECUADA PARA REALIZAR UN BUEN DESTETE



El 76,8% de madres al momento de suspender el seno al niño/a lo incorporan a la alimentación de la familia, es una práctica inadecuada que puede provocar en el niño/a trastornos digestivos, alergias, intolerancia a los alimentos y diarrea infecciosa, mientras que el 20,7% de madres realizan paulatinamente así evitan cambios bruscos que puedan atentar contra su bienestar físico y emocional del niño/a.

GRÁFICO 27. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA



El 71,7% de madres recibieron información del personal de salud. EL Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de combatir la desnutrición infantil en el Ecuador, ha establecido una serie de acciones para proteger, promover y apoyar la lactancia materna; entre las cuales se destacan: distribución de materiales educativos en todas las unidades de salud, creación de grupos de apoyo a la lactancia a nivel comunitario, apoyo y promoción de los bancos de leche humana.

DISCUSIÓN

A nivel nacional hay estudios que se han realizado en el año 2004 por ENDEMAIN sobre lactancia materna, pero a nivel de la Provincia Bolívar no hay ninguna investigación, esto ameritó a realizar el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños/as menores de 2 años en dicho sector.

El 30,9% de madres son de baja escolaridad, coinciden con los resultados publicados por ENDEMAIN (47,1%), llegando a la conclusión que por falta de conocimiento las madres no practican adecuadamente la lactancia materna.

El 75,9% de madres inician la lactancia materna inmediatamente después del parto. Estos resultados concuerdan con los datos obtenidos por ENDEMAIN (96.7%), llegando a la conclusión que la mayoría de las madres amamantan a su hijo/a inmediatamente después del parto.

El 32,3% de madres dan seno materno de 5 a 7 veces al día por el trabajo o muchas de ellas estudian. Estos resultados coinciden con los datos obtenidos por ENDEMAIN (9,2%), llegando a la conclusión que las madres amamantan al niño/a ocho veces al día o menos.

El 52,8% de madres dieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Estos resultados no concuerdan con los datos obtenidos de la misma investigación mencionada anteriormente (26,8%), llegando a la conclusión que hoy en día la mayoría de las madres dan leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, como recomienda la OMS.

VI. CONCLUSIONES

- El 63,2% de madres entrevistadas viven en el área rural, la mayoría de ellas trabajan en la agricultura o son amas de casa con una edad que oscila entre 20 y 34 años.
- La práctica de la lactancia materna exclusiva es mayoritariamente hasta los 6 meses de edad.
- El 91,6% de madres tienen conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, conocen además que el calostro es el primer alimento del niño/a, inmediatamente después de nacer.
- El 78,4% de madres ya están concientizadas sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.
- Se encontró un déficit de conocimientos en lo que respecta a los componentes de la leche materna (58,4%).
- El 50,4% de madres tiene prácticas inadecuadas para retirar al niño/a del seno ya que lo halan el pezón y esto les puede ocasionar problemas en los senos como mastitis, grietas en los pezones y por este motivo muchas madres optaran por quitar el seno al niño/a.
- El 41,7% de madres no conocen acerca de las técnicas y posiciones correctas para dar de lactar al bebé para así evitar traumas alimentarios tanto como para el niño y la madre.

VII. RECOMENDACIONES

- ❖ Buscar fuerza con diferentes instituciones que trabajen en el bienestar de las madres y niños/as con el propósito de obtener espacios para propiciar la información sobre lactancia materna.
- ❖ Estimular a las madres a participar en talleres, capacitaciones, proyectos ya que es una ayuda para el desenvolvimiento de la comunidad o del barrio y sobre todo aumenta su nivel afectivo intelectual.
- ❖ Difundir las técnicas y posiciones correctas para dar de lactar y así evitar posibles problemas que pueden causar durante la práctica de la lactancia materna.
- ❖ Fomentar la participación social de las madres de la comunidad para construir un espacio físico donde se pueda realizar talleres de lactancia materna y a su vez las madres gestantes y puérperas puedan desenvolverse cómodamente al momento de realizar las actividades, en el aprendizaje y el cuidado del niño/a.
- ❖ Apoyar a que se logre capacitar más al personal de salud para que durante las consultas de control prenatal puedan incentivar a las madres a una lactancia materna exclusiva después del parto.
- ❖ El Nutricionista Dietista participe en la organización, supervisión y evaluación de la ejecución de un plan, programa o proyecto de intervención alimentaria nutricional de las diferentes instituciones.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Ecuador: Ministerio de Salud Pública.** Política Nacional de Lactancia Materna. Quito: MSP.2009. 29p.
2. **Ramiro Fariña, A.R. Lastra. J. Insunza, E.** Lactancia Natural. Universidad de Concepción: departamento de Obstetricia 2007.120p.
3. **Díaz-Gómez, N. M.** En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna. Asociación Española: Acta Pediatría Esp. 2008; 63: 321-327.
4. **Cadena, L. Benavides, D.** Conocimientos, Aptitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en Madres con Niños de cero a 1 año de edad que acuden al Centro de Salud Nº 1 de la ciudad de Tulcán Provincia del Carchi de Enero – Agosto del 2010. Tesis de Licenciatura de Enfermería. Universidad Técnica del Norte Facultad Ciencias de la Salud. Tulcán 2010. 133p.
5. **Schellhorn H., C.** Lactancia Materna: Anatomía del Seno. Santiago de Chile: UNICEF y el Ministerio Salud. 1981. 281p.
6. **Valdés, V. Schellhorn H., C.** Curso de medicina naturista. La leche Humana, Composición, Beneficios y Comparación con la leche de Vaca. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, UNICEF. 1995.
7. **Veliz Gutiérrez, J. A.** Identificación de Factores Vinculados a la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. Tesis de Máster en Salud Pública. La Haba: Escuela Nacional de Salud Pública. Sectorial Provincial de Salud Pinar del Rio Policlínico “Hermanos Cruz” 2006. 43p.

8. **Plaza Galarza, C.** Lactancia materna es la base para el desarrollo del niño a lo largo de toda la infancia, Nutricionista. Texto básico Riobamba: ESPOCH. 2010. 231p.

9. **Conte, D. Hernández, k.** Lactancia Materna Exclusiva. Ministerio de Salud Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud Departamento de Salud Nutricional. Panamá: 2012. 23p.

10. **Ecuador. Ministerio de Salud Pública Coordinación Nacional de Nutrición.** Normas para la Implementación y Funcionamiento de Lactarios Institucionales en los Sectores Público y Privado en el Ecuador. Quito: MSP. 2011. 29p.

11. **Navarro, A. B. González F., A. Gil, J. Rioboo. R.** Caries del biberon. México: Departamento de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. Facultad de Odontología. U.C.M. 2012. 2p.

12. AMAMANTAMIENTO (MITOS)

<http://www.enbuenasmanos.com/>

2013-02-15

IX. ANEXOS

ANEXO 1

Guaranda 14 de Noviembre 2012

Lic.

Rodolfo Aldaz

COORDINADOR DE LOS CIBVs DE LA PROVINCIA DE BOLIVAR

Presente.-

De mi consideración:

Mediante la presente reciba un cordial y afectuoso saludo a la vez pongo en su conocimiento que me permita realizar una investigación de conocimientos actitudes y prácticas sobre lactancia materna, en los CIBV de la Provincia Bolívar y me permita la nómina de los niños menores de dos años y de los padres que acuden a los diferentes CIVB.

Por lo que solicito de la manera más comedida se brinde las facilidades para desarrollar dicha actividad.

Por la atención que se sirva dar al presente anticipo mis debidos agradecimientos.

Atentamente:

Yolanda Guano

ANEXO 2

NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR (NIS)

| actividad | Puntaje asignado | p. correspondiente |
|--|-------------------------|---|
| Empleados públicos, propietarios de gran extensión de tierra, comerciantes, profesionales independientes | 1 | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> |
| Artesanos, panaderos, sastré, chofer, profesional, empleado público (menor gradación), técnico docente. | 2 | |
| Obreros, fabrica, minería, construcción, agrícola, pequeños productores rurales, empleados de mantenimiento y seguridad, militar tropa, jubilado | 3 | |
| Subempleado, vendedor ambulante, cocinero, lavandera, lustrabotas, peón, campesino pobre, cesante, desocupados, jornaleros. | 4 | |

Calificación

- Estrato medio alto 1
- Estrato medio 2
- Estrato popular alto 3
- Estrato popular bajo 4

ANEXO 3

ENCUESTA

PROCESO DE PREVENCIÓN-PROMOCIÓN DE LA SALUD E IGUALDAD NUTRICIÓN

AREA/DISTRITO DE SALUD:.....UNIDAD DE
SALUD.....

FECHA DE APLICACIÓN DE ENCUESTA:.....

PERSONA RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE ENCUESTA:.....

Nombre del CIBV: Nombre de la madre:

Área de procedencia: urbano rural

Mediante el presente cuestionario, conteste la respuesta que usted considere correcta.

Edad de la madre Estado civil Grado de Instrucción

- | | | |
|--|---|---|
| a) De 10 a 14 <input type="checkbox"/> | a) Soltera <input type="checkbox"/> | a) Primaria completa <input type="checkbox"/> |
| b) De 15 a 19 <input type="checkbox"/> | b) Casada <input type="checkbox"/> | b) Primaria incompleta <input type="checkbox"/> |
| c) De 20 a 34 <input type="checkbox"/> | c) Divorciada <input type="checkbox"/> | c) Secundaria completa <input type="checkbox"/> |
| d) mayor a 35 <input type="checkbox"/> | d) Viuda <input type="checkbox"/> | d) secundaria incompleta <input type="checkbox"/> |
| | e) Unión libre <input type="checkbox"/> | e) superior completa <input type="checkbox"/> |
| | | f) superior incompleta <input type="checkbox"/> |
| | | g) ninguno <input type="checkbox"/> |

Ocupación de la madre:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| a) Empleada pública | <input type="checkbox"/> |
| b) Empleada domestica | <input type="checkbox"/> |
| c) trabaja en la agricultura | <input type="checkbox"/> |
| d) Estudiante | <input type="checkbox"/> |
| e) ama de casa | <input type="checkbox"/> |

1. ¿Cuándo Usted debe iniciar la lactancia materna a su bebe?

- Inmediatamente después del parto.
- A las 24 horas de nacido.
- Cuando él bebe lllore de hambre por primera vez.
- No sabe.

2. ¿Qué entiende Usted por Lactancia Materna Exclusiva?

- Es dar solo leche materna
- Es dar leche materna más agüitas.
- Es dar leche materna más leche artificial.

- Es dar leche por el biberón.
- No especifica

3. ¿Hasta qué edad le debe dar Usted Lactancia Materna Exclusiva?:

- Hasta los 2 años.
- Hasta los 6 meses.
- Hasta los 12 meses.
- No especifica

4. Si su bebe duerme más de dos horas, ¿qué haría Usted?:

- Dejo que siga durmiendo
- Lo despierto y le doy biberón.
- Lo despierto y le doy pecho.
- Solo lo despierto.

5. Si Usted trabajara o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe?:

- Tendría que darle leche artificial.
- Le daría leche materna mientras este con mi bebe y leche artificial cuando me separe de él.
- Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
- No sabe.

6. Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea ¿qué haría Usted?:

- le suspende la lactancia materna.
- Le da panela y otras agüitas
- Le daría pecho con mayor frecuencia
- Lo lleva al Establecimiento de Salud
- No sabe

7. ¿Sabe Usted que madres no deben dar de lactar?:

- Madres que tienen TBC
- Madres con VIH /SIDA
- Madres que lavan mucha ropa.
- No sabe.

8. ¿Puede Usted decirme la razón principal por la que le daría Leche Materna Exclusiva a su bebe?:

- Me ahorro dinero.
- Le da nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas.
- Me permite expresarle mi afecto y amor a mi bebé.
- No sabe.

9. ¿Puede Usted decirme las razones de por qué la lactancia materna es buena para la mamá?

- La matriz se nos acomoda más rápido
- Nos ayuda a espaciar los embarazos
- Tenemos menos riesgos de adquirir cáncer de senos y cuello uterino
- Todas las anteriores.
- Ninguna de las anteriores

10. Conoce usted los tipos de nutrientes de la lactancia materna

- SI
- NO

Cuales son:

- Proteínas
- Grasas
- Carbohidratos
- Vitaminas
- Minerales

11. Conoce la edad que debe realizar el destete de su niño/a

- SI
- NO

A qué edad:

- 3 meses
- 4-7 meses
- 8-11 meses
- 12- 23 meses
- 24 meses

12. Cuantas veces al día le da el seno materno a su niño/a

- 3 a 4 veces al día
- 5 a 7 veces al día
- 8 a 10 veces al día
- 11 más

13. Como usted retira al niño/a de su seno

- Jala el pezón para que le bebe suelte.
- Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón.
- No sabe

14. se preparó usted los pezones durante el embarazo

- Si
- No

15. se lava las manos antes de dar el seno materno a su hijo/a

- SI

- NO

16. Según Usted cual sería la forma correcta de lactar a su bebé:

- La madre debe colocarse en una silla con los pies colgados
- Si la madre está en posición lateral debe utilizar una almohada de apoyo en la espalda
- No sabe

17. Por cuál de los senos Usted empieza nuevamente a darle de lactar al bebe:

- Empezará dar de lactar por cualquier seno.
- Iniciará por la mama que no estuvo lactando anteriormente.
- Empezaría dar de lactar por la que terminó anteriormente.
- No sabe.

18 Cada qué tiempo Usted debe dar amamantar a su bebé

- Cada 2 horas
- Cada vez que el niño/a lllore o a libre demanda
- Cada 3 horas
- Cada 6 horas
- No sabe

19. Hasta que edad le da o le dio leche materna exclusiva

- Hasta 3 meses
- Entre 4 a 5 meses
- Hasta 6 meses
- Hasta 7 meses
- No se acuerda

20. Cuál es la forma adecuada para realizar un buen destete

- Alimentación adecuada
- Maltrato físico (le golpea al niño, le abandona)
- Maltrato psicológico (amenaza, aislamiento)
- Paulatinamente

21. De quién obtuvo usted la información sobre Lactancia Materna

- Personal d Salud
- Familiares
- Amigos

ANEXO 4

Consentimiento Informado:

Yo.....C.I.....acepto que los datos vertidos en la presente encuesta tienen únicamente fines investigativos por lo que autorizo para que sean utilizados en la Tesis. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre lactancia materna en madres con niños menores de 2 años que acuden a los 110 CIBV de la Provincia de Bolívar, Noviembre 2012- Enero 2013.

Firma

Firma Investigadora

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5

PLAN DE EDUCACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA

1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF trabajaron durante toda una década para desarrollar un programa mundial de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

Estas normas pretenden enseñar lo que se debe hacer en las distintas unidades que tienen contacto con la mujer embarazada o con el niño lactante para lograr una lactancia natural exitosa.

El control prenatal es la mejor instancia para promover la lactancia materna, donde se entregarán contenidos educativos destinados a apoyar y asistir a las embarazadas para lograr una lactancia exitosa. La educación constituye el pilar fundamental para el logro de esta meta.

2. OBJETIVO GENERAL:

Promover y apoyar la práctica de la lactancia materna mediante la información, educación y comunicación a madres lactantes y madres embarazadas de los CIBVs de la provincia Bolívar.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Informar sobre la situación de la lactancia materna en la provincia Bolívar.
- Promover las ventajas de mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño/a.
- Reforzarlos conocimientos sobre los beneficios de la lactancia para la madre y el niño.
- Identificar los componentes nutricionales del calostro y leche materna.
- Educar sobre la técnica de preparación y cuidado de los pezones.
- Identificar las técnicas de amamantamiento al bebé.
- Demostrar las técnicas de extracción manual de la leche y almacenamiento.
- Identificar las desventajas de la alimentación artificial, del uso de biberones y chupones.
- Analizar las dificultades en la lactancia materna y como superarlas
- Brindar información a las madres acerca de los riesgos del VIH y los beneficios de las diversas opciones de alimentación infantil (no lactancia materna).
- Seleccionar los alimentos complementarios adecuados, a partir de los 6 meses
- Promover grupos de apoyo a la lactancia materna
- Elaborar material sonoro sobre lactancia materna

4. META:

Fortalecer la práctica de la lactancia materna, para lograr el cumplimiento de los derechos de niños/as para que crezcan con salud, en ambientes sanos y lograr un óptimo desarrollo de los mismos.

5. PROPÓSITO.

Sensibilizar y capacitar a los técnicos, madres lactantes y embarazadas sobre lactancia materna.

| TEMAS | SUBTEMAS | ACTIVIDADES | EQUIPOS Y MATERIALES | EVIDENCIAS | RESPONSABLES |
|--|---|--|--|--|--------------|
| 1. SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA | Datos estadísticos sobre lactancia materna en la provincia Bolívar. | Talleres Técnicas educativas: • Lluvia de ideas | Laptop Proyector | Registro de asistencia Fotos | |
| 2. PRÁCTICAS INTEGRALES DEL PARTO | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Apego precoz ❖ Lactancia precoz ❖ Pinzamiento oportuno cordón umbilical | Capacitaciones Técnicas educativas: • Lluvia de ideas • Dinámicas de Análisis | Laptop Proyector Videos educativos Cámara Papelógrafo | Registro de asistencia Fotos | |
| 3. CAPACITACIÓN A LOS TÉCNICOS, MADRES EMBARAZADAS Y MADRES LACTANTES. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ventajas de mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño/a. ❖ Ventajas de la lactancia materna (calostro y leche materna). ❖ Composición nutricional del calostro y leche materna ❖ Beneficios de la leche materna para el niño, la madre, familia, sociedad. ❖ Importancia del amamantamiento a libre demanda para favorecer la producción de leche ❖ Diferentes posiciones y agarre de amamantar al bebé. | Capacitaciones Exposiciones Técnicas educativas: • Grupo de trabajo • Lluvia de ideas • Dinámicas de animación | Laptop Proyector Videos educativos Cámara Papelógrafo Rotafolio | Registro de asistencia Informe Fotos Medios visuales Actas de compromiso | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Recomendaciones técnicas para la extracción manual de la leche y almacenamiento. ❖ Importancia del alojamiento conjunto (permanecer juntos madre e hijo las 24 horas) ❖ Desventajas de la alimentación artificial, del uso de biberones y chupones. ❖ Problemas más frecuentes durante lactancia materna ❖ Riesgos del VIH en embarazadas y madres lactantes y los beneficios de las diversas opciones de alimentación infantil (no lactancia materna) ❖ Lactancia e inicio de la alimentación complementaria ❖ Cambio de actitudes negativas que funcionan como barrera en la práctica de la lactancia materna | | | | |
| 4.CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Club de madres | Talleres Teatro popular Caravana de salud Técnicas educativas: <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de trabajo y de discusión | Laptop Proyector Videos educativos Cámara Papelógrafo | Actas de compromiso Registro de asistencia | |
| 5. ELABORACIÓN DE CUÑAS RADIALES. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuñas radiales sobre lactancia materna | Técnicas educativas: <ul style="list-style-type: none"> • Singles • Entrevista • Desarrollo de grupo focales | Material impreso. cámara CD | Grabación | |

ELABORADO POR: Yolanda Guano