

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN ADOLESCENTES QUE
ACUDEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN
PABLO PINA, SAN CRISTÓBAL. ABRIL - JUNIO 2016

Tesis de postgrado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

Dra. Odalis Castillo Heredia

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Asesor

Dr. Rubén Darío Pimentel

Dra. Concepción Aurora Sierra

Dra. María Ortiz

Distrito Nacional: 2016

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción	8
I.1. Antecedentes	9
I.2. Justificación	11
II. Planteamiento del problema	13
III. Objetivos	14
III.1. General	14
III.2. Específicos	14
IV. Marco teórico	15
IV.1. Concepto de conocimiento	15
IV.2. El conocimiento	16
IV.3. Adolescencia	19
IV.3.1. Definición	19
IV.3.2. Límites y etapas de la adolescencia	19
IV.3.3. Desarrollo psicológico de la adolescente	21
IV.3.4. Variaciones fisiológicas de los adolescentes	23
IV.3.5. Desarrollo humano del adolescente	24
IV.4. Conceptos sobre lactancia	25
IV.5. Características de la leche materna	26
IV.5.1. Composición de la leche materna	28
IV.5.2. Beneficios de la lactancia materna	35
IV.5.3. Técnicas de amamantamiento	38
IV.5.4. Dieta materna y lactancia	45
IV.5.5. Amenorrea de la lactancia materna e infertilidad	47
IV.5.6. Alimentación al seno materno y enfermedades infecciosas	48
IV.5.7. Transmisión vertical de virus por la lactancia materna	49

IV.5.8. Protección de la leche materna contra patógenos	53
IV.5.9. Contraindicaciones de la leche materna	56
IV.5.10. Mitos sobre la lactancia materna	59
V. Hipótesis	63
VI. Operacionalización de las variables	64
VII. Material y métodos	65
VII.2.1. Tipo de estudio	65
VII.2.2. Demarcación geográfica	65
VII.2.4. Universo	65
VII.2.5. Criterios de inclusión	66
VII.2.6. Criterios de exclusión	66
VII.7. Instrumento de recolección de los datos	66
VII.6. Procedimiento	66
VII.7. Tabulación	66
VII.8. Análisis	66
VII.10. Aspecto éticos	67
VIII. Referencias	68
IX. Anexos	86
IX.1. Cronograma	86
IX.2. Instrumento de recolección de datos.	87
IX.3. Costos y recursos	91

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por ser el soporte que sostiene y guía mi vida, llenándome de toda valentía que se requiere para enfrentar los obstáculos que se presentan en el camino hacia lograr las metas.

Al Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina:

Por ser parte importante en mi desarrollo como persona y como profesional.

A la Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU):

Por tener un papel importante en esta etapa de desarrollo como profesional...

A los profesores:

Por aportar sus conocimientos en el transcurso de formación como profesional.

A los asesores:

Por aportar sus conocimientos en el transcurso de la investigación.

DEDICATORIAS

A Dios:

Gracias por darme la vida, siempre estás conmigo dándome la fuerza para continuar. Por permitirme cumplir otro logro más en mi vida.

Gracias a mi madre Eusebia Heredia:

Por su comprensión y apoyo, por haberme ayudado a cumplir otro logro en mi vida.

A mi padre: Rufino Castillo

Por su apoyo, ser un buen padre, ejemplo a seguir.

A mi esposo: Roselio Marte

Por su apoyo incondicional y por estar conmigo siempre.

A mis hijos: Cristian, Luisa, Cheralis.

Gracias por darme las fuerzas para continuar, son el motor de mi vida.

A mi hermana: Maribel Castillo.

Gracias por tu apoyo eres un ejemplo a seguir.

A mis compañeros de Residencia:

Gracias por compartir tan duros momentos con ustedes.

RESUMEN

Con el objetivo de determinar el conocimiento sobre lactancia materna que tienen las adolescentes se realizó un estudio de tipo descriptivo, de fuente prospectiva de información y que pretende determinar el conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, en el periodo Abril - junio 2016. Encontrándose los siguientes resultados: El nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las adolescentes que acuden al Hospital Juan Pablo Pina es muy bajo en el 85.5 por ciento de los casos. De acuerdo al rango de edad, en el más frecuente es el de 14-16 años con el conocimiento bajo en el 32.3 por ciento. En relación a la escolaridad, la mayoría cursa la secundaria con el 54.8 por ciento, las cuales tienen conocimiento muy bajo con el 45.2 por ciento. En cuanto el estado civil, el más frecuente fue unión libre con el 50.0 por ciento, de las cuales el 38.7 por ciento con el 38.7 por ciento de conocimiento bajo. En relación a la ocupación, el 88.7 por ciento eran estudiantes, de éstas el 75.8 por ciento tenían conocimiento muy bajo. En relación al tipo de información recibida, el 66.1 por ciento afirmó haber recibido información, en su mayoría información sobre el seno y fórmula. La mayoría de las adolescentes recibió información en la consulta prenatal en el 30.6 por ciento. El 53.2 por ciento de estas adolescentes entiende que la información ha sido de utilidad. El 91.9 por ciento de las adolescentes entiende que la lactancia materna es importante.

Palabras clave: conocimiento, lactancia, adolescentes.

ABSTRACT

In order to determine the knowledge about breastfeeding It was made a descriptive and prospective source study was conducted among adolescents attending the consultation of the Hospital Juan Pablo Pina, San Cristobal in period April - June 2016. There were encountered the following results: the level of knowledge about breastfeeding of adolescents attending the Hospital Juan Pablo Pina is low in 85.5 percent of cases. According to age range, the most common is 14-16 years with low knowledge 32.3 percent. In relation to schooling, most secondary courses with 54.8 percent, which have very low knowledge with 45.2 percent. Regarding marital status, the most frequent was cohabiting with 50.0 percent, of which 38.7 percent with 38.7 percent of low knowledge. Regarding occupation, 88.7 percent were students, 75.8 percent they had very little knowledge. Regarding the type of information received, 66.1 percent said they have received information, mostly about the breast and formula. Most adolescents received information on prenatal care in 30.6 percent. 53.2 percent of these teenagers understand that the information has been helpful. 91.9 percent of teens understand that breastfeeding is important.

Keywords: knowledge, breastfeeding, teenagers.

I. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna forma parte del ciclo reproductivo, es el método natural e ideal para alimentar al lactante, por lo que su abandono a temprana edad repercute negativamente en el crecimiento y desarrollo del niño. La lactancia materna es la alimentación natural de todas las crías de los mamíferos, entre los cuales se encuentra el ser humano. Es la mejor alimentación para el recién nacido y el niño en su primer año de vida y se considera además como el alimento óptimo por sus ventajas nutricionales, inmunológicas y bacteriológicas. La leche materna contiene todos los elementos nutritivos que necesita un niño sano, contiene factores inmunológicos, células, anticuerpos, factores antiinflamatorios, factores inmunomoduladores, factores de crecimiento, enzimas y hormonas. La leche materna proporciona linfocitos sensibilizados a los gérmenes del ambiente. Le asegura un crecimiento normal al niño, además de su fácil digestión y asimilación, aporta elementos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del lactante que no están presentes en otros tipos de leche, lo que favorece el desarrollo psicomotor y la inteligencia del niño.¹

Sin embargo, de acuerdo a la encuesta nacional de Salud ENDESA, 2013, diversos factores sociales y demográficos influyen en el abandono de la lactancia materna, como la aparición de fórmulas lácteas en el mercado, pobres políticas y programas de salud a favor de la lactancia, la inserción de la madre al campo laboral lo que ha originado que la misma pierda su lugar dentro de la alimentación que debería recibir el niño, lo que nos ha incentivado a realizar esta investigación.²

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en su reporte sobre alimentación en lactante en niños pequeños indicó que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. Para el año 2006, se ha estimado que 9.5 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años y que dos tercios de estas muertes ocurrieron durante el primer año de vida. La desnutrición está asociada al menos con el 35 por ciento de las muertes que ocurren en la niñez; por otra parte, la desnutrición es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo.

Alrededor del 32 por ciento de niños menores de cinco años de edad en países en desarrollo presentan baja talla para la edad y el 10 por ciento están emaciados (bajo peso para la talla). Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10 por ciento de la 'carga' de enfermedades entre los niños menores de 5 años.³

Para mejorar esta situación, las madres y las familias requieren de apoyo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un rol crítico para brindar dicho apoyo, influenciando las decisiones relacionadas con las prácticas alimentarias de las madres y las familias. Por lo tanto, resulta crítico que los profesionales de salud estén en condiciones de orientar a las usuarias para ofrecer una apropiada orientación y consejería; por ello se hace necesario determinar el estado actual en que se encuentra el nivel de conocimiento de dichas usuarias sobre la lactancia, y de esta forma influenciar para que conozcan cuándo y dónde deben referir a la madre que experimenta problemas de alimentación de mayor complejidad.

I.1. Antecedentes

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana (ENDESA 2013), preguntó a las madres sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de los últimos hijos menores de dos años que viven con ellas. A partir de información sobre la situación de la lactancia en las 24 horas antes de la encuesta, encontrándose que, entre los niños y niñas (últimos nacidos vivos) cuyo nacimiento ocurrió en los dos años anteriores a la encuesta, el 89 por ciento alguna vez fue amamantado(a). Sólo un 43 por ciento empezó a lactar dentro de la primera hora posterior al nacimiento y un 68 por ciento lo hizo en el período de las primeras 24 horas de nacido lo que implica un gran descenso desde el 2007, donde estos valores (referidos también a los últimos nacimientos en los dos años previos a la encuesta) fueron de 92 por ciento, 66 por ciento y 82 por ciento,

respectivamente. Por su parte, el 63 por ciento (en comparación con el 55 por ciento en el 2007) recibió otro alimento antes de comenzar a lactar.⁴

En 2013, en Santiago de Cuba, se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, observacional y descriptivo de 40 mujeres, atendidas en el consultorio No. 26 del Policlínico Universitario "Josué País García" de Santiago de Cuba, desde enero del 2011 hasta igual mes del 2012, a fin de identificar los factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva. Entre las variables analizadas figuraron: edad de la madre, enfermedades crónicas, paridad, nivel socioeconómico, escolaridad y presencia de complicaciones en el parto. En la casuística, las madres que primero abandonaron la lactancia materna fueron las de 15-19 años (42,5 por ciento), nulíparas (32,5 por ciento), con nivel socioeconómico bajo (50,0 por ciento) y escolaridad primaria. Se demostró que las complicaciones durante el parto influyeron en el abandono de este tipo de lactancia.⁵

En otra investigación realizada por Egger, Grisotti Wuerges de Aquino en Brasil, en el 2007, realizaron una investigación de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo se investigó las rutinas de familias con niños lactantes entre 06 meses a 02 años de edad, cuyas madres trabajaban y tenían como referencia un Servicio Básico de Salud de un municipio del sur del Brasil. Como fundamento teórico fueron utilizadas las rutinas familiares. Siendo entrevistadas 25 madres, por medio de un formulario semi estructurado. El análisis de los datos cualitativos fue realizado por medio de las fases de organización, codificación, categorización e interpretación. Identificándose que los cuidados en las rutinas familiares varían con la periodicidad, el horario y el tipo de ocupación de la madre. Se identificaron diversas alternativas de cuidado brindado al niño y, a pesar de la gran mayoría de las entrevistadas ser casadas, no fue mencionado el esposo como coadyuvante en las rutinas. Esta investigación permitió identificar los roles familiares, las relaciones sociales y la organización de los cuidados a la salud.⁶

En La Habana, Cuba, en 2014, se publicó una investigación cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos de las futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, realizado a 192 gestantes

en su tercer trimestre, durante el periodo comprendido entre marzo de 2010 hasta marzo de 2011, pertenecientes los Policlínicos “Tercios Lima” y “Mártires del 9 de Abril” del municipio San José de las Lajas. Mayabeque. Las variables fueron: nivel de conocimientos de las gestantes sobre lactancia materna, conocimientos específicos y las ventajas de la misma. Encontrándose que menos de la 1/5 parte de las futuras madres poseía la información suficiente sobre lactancia materna. En poco menos de la 1/2 de los 17 aspectos explorados, más de 1/2 de las futuras madres dieron respuestas erróneas. Las más frecuentes fueron: necesidad de ofrecer agua al niño que lacta, errores en la dieta de la madre que amamanta, fallas en alternamiento y aseo de las mamas, falsos criterios de no dar el pecho porque está acalorada o resfriada, tiene anemia o está malnutrida, o que cuando la leche clara hay que utilizar una formula artificial. La mayoría desconocen las ventajas de la lactancia materna y los beneficiarios de la misma.⁷

1.2. Justificación

El tema de lactancia materna a nivel mundial en los últimos años se ha visto como uno de los problemas principales de la nutrición del lactante, pues se ve influenciada en la disminución de la práctica por falta de conocimiento. La organización mundial de la salud (OMS) y el fondo de naciones unidas para la infancia (UNICEF) recomiendan amamantar a los niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad de manera exclusiva y con alimentación complementaria, hasta los dos años de vida de niño. La encuesta demográfica de salud familiar (ENDES)2013 indica que solo el 55.6 por ciento a nivel nacional de los recién nacido es amamantado con leche materna desde su primera hora de vida La realización de este estudio tiene como objetivo principal, obtener información en el conocimiento basándonos en aportes teóricos sobre trabajos realizadas por otros investigadores para así lograr alcanzar la meta de identificar el conocimiento sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil. El propósito de esta investigación es determinar que conocimientos tiene la población de mujeres adolescente sobre tan importante tema y la relación que tienen estos con la edad y la escolaridad, así como, estado civil, ocupación la disposición que tienen estas de Conocer el nivel

de conocimiento de las mujeres en edad fértil, sobre lactancia materna, es indudablemente importante ya que influyen diversos factores.

La alimentación al seno materno es una de las estrategias más importantes para proteger a los lactantes contra enfermedades que ocasionan aun morbimortalidad. Teniendo los datos precisos sobre el conocimiento que poseen las madres sobre lactancia materna ayudará a desarrollar estrategias y campañas más eficientes que se retroalimentarán en beneficios directos tanto para la madre, el recién nacido, así como a la familia portadora del nuevo miembro en sentido general.

Los profesionales de la salud en especial médico de atención primaria de salud son los responsables de liderar, desarrollar y brindar y brindar información oportuna sobre lactancia materna.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna forma parte del ciclo reproductivo, es el método natural e ideal para alimentar al lactante, por lo que su abandono a temprana edad repercute negativamente en el crecimiento y desarrollo del niño. La lactancia materna es la alimentación natural de todas las crías de los mamíferos, entre los cuales se encuentra el ser humano.⁸

Aunque muchas madres amamantan parcialmente, la lactancia exclusiva es el indicador con el cual se mide el nivel de lactancia materna en un país. La República Dominicana tiene una de las cifras más bajas de América Latina, lo que debería constituir una crisis nacional, tanto nutricional como económica.⁹ La alimentación exclusiva al seno materno se recomienda como el mejor método para alimentación al lactante en los primeros seis meses de vida; posterior a esto se aconseja utilizar alimentos complementarios para la misma.¹⁰

Al visitar los centros hospitalarios y abordar a las madres sobre la lactancia materna se ha identificado un gran número de madres abandonan la lactancia materna, y se por ende esta problemática motivo a realizar esta investigación y plantear la siguiente interrogante.

¿Cuáles es el conocimiento sobre la lactancia materna que tienen las adolescentes asisten a la consulta del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, abril - Junio 2016?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el conocimiento sobre lactancia materna que tienen las adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril – junio 2016.

III.2. Específicos

Determinar el conocimiento sobre lactancia materna que tienen las adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril – junio 2016, según:

1. Edad.
2. Escolaridad materna.
3. Estado civil.
4. Ocupación.
5. Medio por el cual se obtuvo el conocimiento sobre lactancia materna.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Concepto de conocimiento

Para el sustento científico de la presente investigación fue necesario considerar la revisión en cuanto a la base teórica. Por tanto, el concepto y definición de lo que es el conocimiento debe ser tomado en cuenta. Muchos autores concuerdan que el conocimiento es el conjunto de sucesos y experiencias que se aprenden y se mantienen en todo el transcurso de nuestra vida como resultado de nuestras vivencias.

El aprendizaje es caracterizado por tratarse de un activo proceso que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originado por los cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien está aprendiendo. Estos cambios se observan en el comportamiento del sujeto y sus actitudes entorno a situaciones de la vida común, estos hechos cambiarán a medida que aumenten los conocimientos junto con la relevancia que se le plasme a lo aprendido. El aprendizaje es llevado a cabo sencillamente a través de dos (2) formas: la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información y la formal que viene a ser aquella que se imparte en el sistema educativo que incluye al nivel inicial, primario, secundario y terciario donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Según Kerlinger, «el conocimiento es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y, por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural del Homo sapiens. Saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio. Por extensión, suele llamarse también "conocimiento" a todo lo que un individuo o una sociedad dados considera sabido o conocido.»¹¹

A Fasiniev define al conocimiento como: «El tipo de experiencia que incluye una representación vivida de un hecho fórmula o condición compleja, junto con una firme creencia en su verdad. La forma simple de conocimiento es la

percatación o simple aprehensión; cuando a esto se añaden ideas de relaciones, de significado.»⁽¹²⁾

Según Afasiniev, conocimiento es:

“El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”¹²

Hoy en día está claro que el conocimiento es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica. La actividad del conocimiento es una inmersión en la realidad con el propósito de reflejarla o modelarla para dominarla y adecuarla a las necesidades humanas, por eso es que el saber avanza de la ignorancia al conocimiento, de la superficie a la esencia de los fenómenos, del rango al conjunto, de lo particular a lo general, del hecho a la ley.

IV.1.1. El conocimiento

Descartes había propuesto la existencia de dos tipos de conocimiento: el conocimiento intuitivo y el conocimiento deductivo. Inspirado en el modelo del conocimiento matemático, a partir de la intuición de ideas claras indistintas (es decir, de las que no podemos dudar) se abre un proceso deductivo que nos puede llevar al conocimiento de todo cuanto es posible conocer. Pese a sus principios empiristas, Locke aceptará esta clasificación cartesiana, a la que añadirá, no obstante, una tercera forma de conocimiento sensible de la existencia individual.¹³

Locke distinguirá, pues, tres niveles o tipos de conocimiento: el conocimiento intuitivo, el conocimiento demostrativo y el conocimiento sensible. El conocimiento intuitivo se da cuando se percibe el acuerdo o desacuerdo de las ideas de modo inmediato, a partir de la consideración de tales ideas y sin ningún proceso mediador. («... a veces la mente percibe de un modo inmediato el acuerdo o desacuerdo de dos ideas por sí solas, sin intervención de ninguna otra; y a esto, creo, puede llamarse conocimiento intuitivo», Ensayo, IV, C.2). Lo que se percibe

por intuición no está sometido a ningún género de duda y Locke considera que este tipo de conocimiento es el más claro y seguro que puede alcanzar la mente humana. Como ejemplo más claro de conocimiento intuitivo propone Locke que el conocimiento de la existencia, que no necesita de prueba alguna ni puede ser objeto de demostración, siguiendo claramente la posición cartesiana sobre el carácter intuitivo del conocimiento del «yo». ("Por lo que toca a la propia existencia, se percibe tan llanamente y con tanta certidumbre, que ni requiere, ni es capaz de prueba alguna, porque nada puede ser más evidente que la propia existencia", Ensayo, IV, C.9). Es cierto que Locke no explica con demasiada amplitud las características de ese «yo», pero en todo caso no se está refiriendo al conocimiento de un alma inmortal, sino sólo a una existencia pensante.¹⁴

El conocimiento demostrativo es el que se obtiene al establecer el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas recurriendo a otras que sirven de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo en el que cada uno de sus pasos es asimilado a la intuición. El conocimiento demostrativo sería, pues, una serie continua de intuiciones (como lo es el conocimiento deductivo en Descartes) al final de la cual se estaría en condiciones de demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas en cuestión, y se correspondería con el modelo de conocimiento matemático. («En cada paso que da la razón cuando se trata del conocimiento demostrativo, hay un conocimiento intuitivo acerca del acuerdo o del desacuerdo que busca respecto a la próxima idea intermedia que usa como prueba», Ensayo, IV, C.2). Un conocimiento de este tipo es el que se tiene de la existencia de Dios dice Locke. Cualquier demostración ha de partir de alguna certeza intuitiva; en el caso de la demostración de la existencia de Dios Locke partirá del conocimiento intuitivo de la propia existencia, recurriendo a otras ideas intermedias, que proceden también de la intuición, que permiten demostrar la necesidad de tal existencia. Pero el ejemplo más claro de conocimiento demostrativo es, sin lugar a dudas, el conocimiento matemático, en el que se puede observar el progreso deductivo a partir de un pequeño número de principios que se consideraban, por aquel entonces, evidentes e indemostrables: los postulados o axiomas.¹⁵

El conocimiento sensible es el conocimiento de las existencias individuales, y es el que se tiene del Sol y demás cosas, por ejemplo, cuando están presentes a la sensación. No deja de resultar sorprendente que Locke añada esta forma de conocimiento a las dos anteriores, a las que considera las dos únicas formas válidas de conocimiento («al margen de las cuales sólo es posible tener fe u opinión»). Más aún si se considera que el conocimiento ha de versar sobre ideas, como se ha dicho anteriormente. El conocimiento sensible, sin embargo, ofrece el conocimiento de cosas, de existencias individuales, que están más allá de las ideas.

¿Cómo es posible verificar el acuerdo o desacuerdo entre una idea (un contenido mental) y la existencia de lo que se supone que causa esa idea (algo extramental)? Siguiendo los principios empiristas de Locke resultaría imposible verificar tal acuerdo o desacuerdo, ya que se debería ir más allá de las ideas, de la experiencia. Locke se muestra convencido, no obstante, de que las ideas simples están causadas por cosas que actúan sobre la mente para crear tales ideas, por lo que han de poseer similitud o conformidad entre ambas. Y no es posible encontrar otro argumento como justificación de que se posee un conocimiento sensible sobre las cosas, sobre las existencias particulares.

El problema se agrava si se considera que las ideas complejas, pues en ese caso hay una clara elaboración mental de cuya concordancia con la existencia real «extramental» no se puede tener ni siquiera tal convencimiento, como ocurre en el caso de las sustancias particulares, de las que Locke ya había dicho que no se podía conocer su esencia real. No obstante, Locke considera que sí cabe un conocimiento de su esencia nominal, como se ha visto anteriormente, ya que la idea compleja de sustancia es un haz o agregado de ideas simples que tienen, cada una de ellas, un correlato sensible en la realidad extramental, volviendo así a la argumentación utilizada con las ideas simples y reencontrando la misma dificultad. En todo caso, a pesar de las dificultades, Locke se muestra convencido de la existencia real del mundo, de las cosas.

Las demás supuestas formas de «conocimiento» no pasarán de ser una mera probabilidad, («la probabilidad es la apariencia del acuerdo de las ideas, sobre

pruebas falibles»), o serán englobadas en el ámbito de la fe, es decir, en lo que no es conocimiento. («La fe, en cambio, es el asentimiento que se otorga a cualquier proposición que no esté fundada en deducción racional», Ensayo, IV, C.18).

IV.2. Adolescencia

IV.2.1. Definición

La adolescencia es la etapa del desarrollo que se encuentra entre la infancia y la madurez. Por lo general se considera que comienza poco después de cumplir 10 años y termina poco antes de los 20. Es una etapa de transición. Los adolescentes ya no se consideran niños, pero todavía no son adultos.¹⁶

IV.2.2. Límites y etapas de la adolescencia

La pre-adolescencia: desde las 8 hasta los 11 años.

El adolescente experimenta un crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede, dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría, pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar), egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. La auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad. Tendencia a ser desorganizados. Relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos. Eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Niñas tienden a tener menos amigas más íntimas que niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.

Segunda etapa de la adolescencia: desde las 11 hasta los 15 años.

Llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal. Desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y

abstractos y para pensar. Sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Época de mayor conflicto con padres. Tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres. Tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general. Preocupación por la opinión de otros. Necesitan más intimidad en el hogar. Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué. Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres, aunque la siguen necesitando. Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.

Tercera etapa de la adolescencia: desde las 15 hasta los 18 años.

Mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llega a su altura y peso de adulto. Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social. Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria. Es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad.

Cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia. Conforme se van avanzando por esta última etapa de la

adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya pueden ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.¹⁷

IV.2.3. Desarrollo psicológico de la adolescente

La adolescencia suele ser un período bastante temido por los padres, sobre todo por los importantes y rápidos cambios que se verifican en sus hijos. En realidad, la adolescencia es una etapa como otras, solamente que una poco más compleja, ya que abarca casi todas las facetas de la vida.

A veces los cambios fisiológicos son tan rápidos que ni ellos mismos tienen tiempo de asumirlos. El interés para los miembros del otro sexo se hace muy fuerte: atracción, curiosidad y verdaderos enamoramientos que a veces les descolocan. Estas pruebas de relaciones de pareja, que se dan sobre todo a partir de los 15-16 años, son muy importantes ya que ayudan a madurar una identidad sexual propia y definida. Esta capacidad de compartir la propia identidad e intimidad, son condiciones que favorecen una relación futura, emotivamente estable y humanamente constructiva.

A nivel de las estructuras mentales, el desarrollo del pensamiento permite la creación de hipótesis y el desarrollo de una lógica por deducción. Ahora su cerebro tiene todas las herramientas necesarias para poder entender y participar a la creación de la cultura y del conocimiento humano. Las preguntas de carácter moral se vuelven muy importantes: todo lo cuestionan, porque quieren saber lo que realmente vale. Es importante que los padres conozcan esta necesidad que sus hijos tienen de verificar todo lo que les han enseñado: no quieren rechazar de entrada la educación recibida, sino que necesitan elegir personalmente si asumir, rechazar o modificar lo que hasta ahora han aceptado desde fuera sin mucha reflexión, como parte de su propia identidad. Muchos jóvenes suelen recuperar de

forma autónoma y como resultado de una elección personal, muchas de las enseñanzas recibidas de sus padres.

El desafío más fascinante de la adolescencia es éste: la definición de una identidad propia, única, capaz de relacionarse con los otros de forma crítica y creativa. Con este objetivo, los chicos necesitan buscar respuestas fuera de su hogar y círculos tradicionales: hacen nuevas amistades, cultivan ciertas pasiones o intereses, hacen "pruebas" de identidad, cambiando de estilo de vestir, de tipo de peinado, de forma de andar por la calle.

Los amigos y el grupo son muy importantes, ya que son los foros que les permiten realizar estas tentativas de exploración social, en busca de su lugar en este mundo. Éste es un período de transición irrenunciable para quien quiera llegar a ser una persona adulta y madura, capaz de hacer sus propias elecciones en la vida. Es ahora cuando muchos adolescentes empiezan a tener claro lo que les gustaría hacer de mayor y empiezan a asumir de manera gradual la responsabilidad de sus propias acciones.

La adolescencia es un banco de pruebas importante de las bases sobre las que se ha ido asentando la relación con los hijos a lo largo de su niñez: un clima de diálogo en la familia suele ser la mejor forma de solucionar conflictos que, muchas veces, no son más que incomprensiones.

A pesar de que la comunicación sea una herramienta fundamental para una pacífica vida familiar, esto no garantiza - ni falta hace que lo haga - que en determinadas ocasiones haya claros enfrentamientos. Significa buscar un camino propio, ensayando vías alternativas a las asumidas como únicas y correctas hasta entonces.

Los adolescentes a veces tienen conductas de riesgo, es decir, comportamientos que pueden perjudicar su salud.

Razones de carácter social, la influencia del grupo, el carácter del individuo, la educación recibida y otras características pueden facilitar o alejar del chico de tales situaciones.

Un rasgo psicológico común que tienen los adolescentes es el de tener una generalizada sensación de invulnerabilidad, que les hace minimizar los riesgos existentes en una determinada situación o comportamiento.

Por otro lado, estos mismos adolescentes suelen tener un alto grado de idealismo: muchos valoran la amistad como un sentimiento casi sagrado y pueden establecer vínculos amistosos muy estrechos, otros buscan el amor de su vida y lo darían todo para él o ella; algunos desarrollan un profundo sentimiento religioso, otros se afilian a una determinada ideología política o social.

La búsqueda de modelos es otro rasgo importante: el personaje ideal, muchas veces objeto de imitación, puede ser un futbolista o una modelo (visto lo que nuestra sociedad propone últimamente), un cantante o una bailarina. Los modelos siempre proponen valores, sean estos transmitidos de forma directa o indirecta.

Desde siempre, pero ahora con mucha más fuerza, la coherencia entre hechos y palabras es la que marca la diferencia entre lo que merece la pena aceptar y lo que no.¹⁸

IV.2.4. Variaciones fisiológicas de los adolescentes

Es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. La pubertad se hace evidente en la aparición del vello púbico; en las mujeres, además se presenta el crecimiento del busto, en los hombres ya se ha iniciado internamente un crecimiento en el tamaño de los testículos y en la mujer en los ovarios.

La confusa secuencia de los acontecimientos que produce tanto el crecimiento físico como la madurez sexual está regida por las hormonas secretadas por las glándulas endocrinas, las cuales a su vez inician su funcionamiento gracias a las señales enviadas por el hipotálamo, importante centro de coordinación localizado en el cerebro. El hipotálamo envía una señal a la glándula hipófisis que está justo debajo de la base del cerebro para que a su vez empiece a liberar hormonas que irán directamente a las glándulas endocrinas del cuerpo, que responderán a su vez liberando otras hormonas que actuaron sobre el crecimiento físico y sexual.

En el hombre la HEF (Hormona Estimulante de los Folículos) actúa sobre los testículos preparándolos para la producción de semen en tanto que la HL

(Hormona Luteinizante) tiene otra tarea muy importante: Producir la testosterona, conocida como hormona sexual masculina. La testosterona es la hormona secretada por los testículos, responsable de los caracteres sexuales masculinos secundarios que se manifiestan a través de cambios físicos internos y externos.

En la mujer las gonadotropinas (hormonas producidas por la hipófisis) actúan sobre los ovarios: la HEF, los estimula para que produzcan estrógenos como los cuales generan cambios físicos, tanto en los caracteres sexuales primarios como secundarios en tanto que la HL influye en la ovulación.

La menstruación en la mujer y la primera eyaculación en el hombre son acontecimientos que indican que se ha alcanzado el desarrollo sexual, mas no la madurez completa. El desarrollo fisiológico de los órganos sexuales, desde el punto de vista biológico ya se ha completado, pero cuando hablamos de madurez completa nos referimos a un desarrollo armónico e integral de la personalidad.¹⁹

IV.2.5. Desarrollo humano del adolescente

La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas. Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo, es decir, a partir de hipótesis gratuitas y, procediendo únicamente por la fuerza del mismo raciocinio, llegar a conclusiones que pueden contradecir los datos de la experiencia.

El adolescente descubre estos valores y trata de conquistarlos para sí y para los demás. Aunque este hecho no afecta a todos los adolescentes. Depende de la formación recibida.

Se funda en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo). El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones. Más que una existencia separada y suficiencia económica, significa, sobre todo, independencia emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción.²⁰

Fruto del desarrollo y la maduración que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades (TV, radio, conversación, cine, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables: alcohol, drogas, etc. Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad. Las circunstancias del adolescente, como la dependencia de la escuela, del hogar, le obligan a rechazar hacia el interior las emociones que le dominan.

Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales. Este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad. Mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social, otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.²¹

IV.3. Conceptos sobre lactancia

Lactante

Niño que se encuentra en la primera fase de su vida extrauterina, un período que se extiende aproximadamente desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad, cuando el niño puede adoptar la posición erecta; algunos autores extienden este período hasta los 24 meses.²²

Lactancia materna

Amamantar o criar; dar leche a un niño de la mama. La lactancia materna estimula la involución uterina posparto y enlentece la vuelta normal de la menstruación, proporcionando un cierto grado de contracepción.

Lactancia materna exclusiva

Consiste en dar a un niño solo la leche materna y ningún otro alimento, ni tampoco agua u otros líquidos (con excepción de medicinas y vitaminas si es necesario). La lactancia no solo es un instinto, también comportamiento aprendido por imitación. La lactancia materna es un proceso único que proporciona la

alimentación ideal a lactantes y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables, reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, y disminuye la morbilidad y mortalidad infantil.

IV.4. Características de la leche materna

Existen diferentes tipos de leche materna según el tiempo post parto:

1. El calostro es la leche de la primera semana.
2. El transicional es la producida durante la segunda semana
3. La leche madura es la que se produce de la segunda semana en adelante.

El calostro

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Contiene 2,9 g/100ml de grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína. Produce 57Kcal. /100 ml.

El calostro contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A (IgA), que junto a la lactoferrina y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³), confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente.²³

El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido:

1. El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración.
2. Tanto el volumen del calostro como la osmolaridad son adecuados a la madurez del neonato; los riñones inmaduros no pueden manejar grandes volúmenes de líquido ni soluciones muy concentradas.

3. Las inmunoglobulinas recubren el revestimiento inmaduro interior del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos
4. Facilita la digestión del recién nacido, favoreciendo el desarrollo del sistema digestivo.
5. Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
6. Facilita la eliminación de meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
7. Los antioxidantes y las quinonas protegen al niño del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica. Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
8. El calostro, como la leche que lo sucede, actúan como moderadores del desarrollo del recién nacido.
9. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrada antes y después del nuevo nacimiento.²⁴

Leche transicional

Es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un notable, aproximadamente 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto.

Es de color blanquecina y menos espesa que el calostro. Al principio de la mamada la leche es clara y calma la sed del bebe y cuando continua la succión sale otra leche más abundante y espesa que calma el hambre y hace crecer sano y fuerte, ya que tiene las grasas y proteínas que necesita para desarrollarse.²⁵

Se ha constatado que hay una importante variación Individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.²⁶

Leche madura

Aparece entre los diez y treinta días. Esta leche se presenta de color blanco azulado.²⁷ El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal. / 100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos.

Es una secreción que contiene todos los nutrientes que puede requerir cualquier bebe para estimular su inteligencia crecimiento y desarrollo.²⁸ Su composición varía no solo en cada mujer sino, también, de un seno a otro en la misma mujer y en el momento del día.

IV.4.1. Composición de la leche materna

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, enzimas y hormonas. Estas sustancias se distribuyen en 5 compartimentos separables según el tamaño de sus partículas:

1. Fase acuosa: es una solución verdadera, que constituye el 87 por ciento de la leche. Contiene las proteínas del suero, lactosa, nitrógeno no proteico, vitaminas hidrosolubles, electrolitos y parte de los compuestos de calcio, magnesio.
2. Dispersión coloidal: caseína, calcio y fosfato.
3. Emulsión: constituido por los triglicéridos y los esteres de colesterol.
4. Membranas de glóbulos de grasa: proteínas, fosfolípidos, enzimas, minerales traza y vitaminas liposolubles.
5. Células: macrófagos, neutrófilos, linfocitos y células epiteliales.

Agua

Se considera un importante elemento nutritivo para el lactante. La leche materna contiene 88 por ciento de agua. Su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.²⁹

Proteínas

Las proteínas de la leche humana se clasifican en caseína un 40 por ciento y proteínas del suero un 60 por ciento. Las caseínas de la leche humana son beta y kappa caseína y no contiene alfa y gama que son exclusivamente bovinas.

De las proteínas del suero, la proteína por excelencia por su calidad nutricia es la alfa-lacto albúmina, en tanto que la beta-lacto albúmina es prerrogativa de la leche de vaca y su calidad nutricia está orientada a los bovinos.

Sin embargo, es importante mencionar que la leche humana contiene compuestos nitrogenados que no son proteínas pero que son importantes tanto por su cantidad como por su función y representan alrededor de 25 por ciento del nitrógeno total y lo integran: aminoácidos libres, péptidos, N-acetil azúcares, urea, factores de crecimiento y nucleótidos cuyo papel en la respuesta inmunológica ha ido adquiriendo relevancia.

Lípidos

La cantidad de lípidos contenidos en la leche humana es de alrededor de 35-45 g/L, y constituyen la mayor fuente energética de la misma. Son transportados dentro del glóbulo de grasa cuya membrana está compuesta principalmente de fosfolípidos y colesterol (100-150 mg/L), en tanto que el interior del glóbulo de grasa lo constituyen principalmente triglicéridos.

Parece ser que la concentración de lípidos en la leche humana está asociada al tipo de lípidos ingeridos por la madre y con la conformación de lípidos de sus reservas en el tejido adiposo. Además, cuando la dieta es pobre y las reservas escasas, la cantidad que contiene la leche materna disminuye como sucede en mujeres con nutrición deficiente.

Hidratos de carbono

El principal hidrato de carbono de la leche humana es la lactosa. Su concentración es de alrededor de 70 g/L y ejerce hasta 70 por ciento de la presión osmótica. A diferencia de los lípidos, su concentración prácticamente no varía a pesar de las modificaciones dietéticas y de las condiciones nutricias de la madre. Existen otros oligosacáridos cuya función está asociada a mecanismos de defensa

del niño contra la infección. También lo componen, hidratos de carbono en forma de glucosa y galactosa.³⁰

Vitaminas

Existen en la leche humana vitaminas tanto liposolubles como hidrosolubles y, al parecer, se transfieren directamente de la dieta y las reservas de la madre. La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre.

Vitaminas liposolubles

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

Vitamina A

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

Vitamina K

La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento.³¹

Vitamina E

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

Vitamina D

El contenido de vitamina D (ergocalciferol) de la leche humana es bajo (0,15mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D

hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar.

Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D. Se puede decir que sólo tienen riesgo de deficiencia de vitamina D las mujeres y niños que no consumen aceites marinos y que están totalmente cubiertos y no expuestos a la luz de día.³²

Vitaminas hidrosolubles

En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas. Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aún en casos de mujeres desnutridas o vegetarianas que tienen mayor riesgo de deficiencia de vitamina B6 (piridina).

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

Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son generalmente más altas que en la leche de los mamíferos rumiantes. El uso de anticonceptivos orales por largo plazo puede presentar niveles bajos de vitamina B6 en su leche.

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

Minerales

En cuanto a los nutrimentos inorgánicos, algunos como el calcio, fósforo y magnesio, desarrollan una transferencia estrictamente regulada de la sangre a la leche y no se espera que a mayor ingesta de estos minerales se traduzca en mayores concentraciones en la leche. En cambio, algunos electrólitos como el sodio, potasio y cloro no tienen esta regulación estricta, sino que son secretados en la glándula mamaria y alcanzan una concentración en la leche de 7, 15 y 12 mEq/L, respectivamente.

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna.³³

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

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

Las concentraciones de minerales en la leche humana son más bajas que en cualquiera de los sustitutos y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante.³⁴

Calcio, Fósforo

La relación calcio-fósforo en la leche humana es de 2:1. La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente. La disponibilidad en la leche de vaca disminuye también por la formación de jabones de calcio insolubles en el intestino, los cuales pueden causar obstrucción intestinal.

Hierro

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño: la mayor acidez del tracto gastrointestinal, la presencia de niveles apropiados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina, que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales, liberándolo sólo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción del hierro.³⁵

La concentración de hierro en la leche (0.5 mg/L) es bastante constante y se comporta en forma independiente de la reserva materna. El hierro de la leche humana se absorbe en un 70 por ciento, el de la leche de vaca un 30 por ciento y en los sustitutos sólo el 10 por ciento.

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

Estudios recientes han demostrado que la introducción temprana de otros alimentos en la dieta del niño amamantado altera esta absorción.³⁶

También se ha demostrado que el hierro suplementario puede causar problemas al saturar la lactoferrina. Al disminuir su efecto bacteriostático promueve el crecimiento de gérmenes patógenos que pueden dañar y causar un sangrado suficiente en el intestino (detectado microscópicamente) como para producir una anemia por falta de hierro.

Por otra parte, la adición de hierro no hemínico puede reducir la absorción de cobre y zinc. La suplementación con hierro, por lo tanto, tiene indicaciones específicas en caso de prematurez o pérdida de sangre neonatal, aunque no está exenta de riesgos. También se recomienda suplementar a los lactantes entre los 6 meses y 1 año ya que su alimentación con fitatos no permite un aporte adecuado de hierro.

Zinc

El zinc es esencial para la estructura de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre. La leche materna es terapéutica en caso de acrodermatitis enteropática, una enfermedad producida por deficiencia de zinc, que ocasionalmente ocurre en los niños alimentados con fórmula. El zinc y el cobre tienen concentraciones altas en el calostro y declinan sin relación con las reservas materna.³⁷

Elementos traza

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

Cobre, Selenio

Estos elementos tienen niveles más elevados en la leche humana que en la de vaca.³⁸ La deficiencia de cobre, que produce una anemia macrocítica hipocrómica y alteraciones neurológicas, ocurre solamente en los niños alimentados artificialmente. El selenio se encuentra en mejores niveles en niños de tres meses de edad que se alimentan con leche materna exclusivamente. Los niveles de selenio de la leche humana varían ligeramente en las áreas donde los suelos son deficientes en selenio.³⁹

Cromo, Manganeso, Aluminio

Los niveles de estos minerales pueden ser hasta unas 100 veces mayores en la leche de vaca. Se ha postulado que pequeñas cantidades tienen algunos efectos en el aprendizaje posterior y en el crecimiento de los huesos.

Plomo y Cadmio

La ingesta dietética de plomo es mucho menor en los niños amamantados, aún cuando el agua potable consumida por la madre exceda el estándar de la OMS de 0,1 mg/100ml.⁴⁰

Yodo

Puede encontrarse en pequeñas cantidades en la leche. El uso tópico de yoduros como en las curaciones de la piel o mucosas de la madre) puede afectar la función tiroidea de los niños amamantados, ya que el yodo se concentra en la leche.

Hormonas

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

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

Nucleótidos

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

Enzimas

Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura.

La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y pueden proteger contra algunos virus. Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular.⁴¹

IV.4.2. Beneficios de la lactancia materna

Beneficios psicológicos

Pues la lactancia natural ayuda a crear una estrecha unión entre la madre y su bebe, y esto además facilita el lazo afectivo madre-hijo ya que durante la lactancia, el bebé se encuentra muy cerca de la madre y es ese contacto físico el que le está satisfaciendo sus necesidades nutricionales.

Beneficios Inmunológicos

De todas las inmunoterapias aplicadas a cualquier recién nacido hasta el momento, la leche materna es la más antigua, accesible, barata y eficiente.

La leche materna es fuente de factores inmunitarios específicos e inespecíficos. El macrófago de la leche materna es un fagocito activo que contiene

grandes cantidades de IgA intracitoplasmática, que expresa todos los receptores para IgG y C3b; sintetiza algunos factores del SC como C3 y C4, así como lisozima, lactoferrina (con acción bacteriostática importante al actuar como agente quelante del hierro necesario para el crecimiento bacteriano), y es eficaz en la destrucción de bacterias grampositivas y gramnegativas.

En la leche materna se encuentran linfocitos T y B viables. Se ha observado que los linfocitos T son especialmente activos contra *E. coli* al reconocer y responder de manera adecuada al antígeno capsular K1 también se cree que algunos factores solubles del linfocito T, como el factor de transferencia, pueden ser absorbidos por la mucosa intestinal en el recién nacido.

La IgA secretora es la inmunoglobulina predominante en la leche materna; aunque todas se encuentren presentes, prevalecen los Ac específicos contra bacterias entéricas y virus, e incluso se ha observado que en niños alimentados al seno materno hay mayores niveles de IgA secretora en secreciones de mucosa nasal y saliva.

Se cree que existe una interacción de los inmunoelementos presentes en la leche materna y el sistema inmunitario del neonato que estimula la producción de este tipo de inmunoglobulina.

El factor bifido de la leche materna es un polisacárido rico en nitrógeno que estimula especialmente el crecimiento de *Lactobacillus bifidus*, importante en el desarrollo de la flora comensal intestinal, y la lactoperoxidasa presente en la misma es capaz, *in vitro*, de producir un sistema antibacteriano al reaccionar con el peróxido de hidrógeno.

Es importante hacer notar que, para mantener las características inmunitarias de la leche materna almacenada en un banco de leche, esta no debe ser congelada ni pasteurizada y de preferencia, debe administrarse poco tiempo después de su obtención.⁴²

Beneficios de la lactancia materna para la madre

La lactancia estimula las hormonas femeninas que actúan en la recuperación de los tejidos y de las funciones del organismo.

1. La expulsión de la placenta es más fácil y rápido.

2. Disminuye el sangrado post parto.
3. El útero recupera su tamaño normal más rápidamente.
4. Favorece a la pérdida del tejido graso adquirido en el embarazo debido, a que el amamantar ayuda a quemar calorías.
5. Reduce la incidencia de diabetes y osteoporosis
6. Prevención del cáncer de mamas. Al funcionar la glándula mamaria se logra madurez celular y, por lo tanto, menor incidencia de cáncer mamario.

La lactancia materna confiere un espaciamiento en los nuevos embarazos

1. El estímulo de la mama y del pezón por parte del niño al succionar impide la producción de hormonas necesarias para la ovulación y la madre tendrá un período infértil. Si la madre no amamanta a su hijo durante el período posparto, la concentración de prolactina se reduce rápidamente y el ciclo normal de producción de hormonas ováricas se reanuda, con lo que aumenta la posibilidad de embarazo.
2. Como método natural de espaciar los hijos, la lactancia es muy eficaz en los primeros seis meses posparto, siempre y cuando sea una lactancia exclusiva y la madre permanezca en amenorrea (sin menstruación). Esto es lo que se ha denominado el método de amenorrea y lactancia (L.A.M.), el cual tiene una protección frente al embarazo de 98 por ciento, es decir, el riesgo de embarazo es menor al 2 por ciento. Si no se cumplen esas condiciones, la madre deberá ser instruida para que practique otro método de planificación familiar si no desea embarazarse.

Beneficios de la lactancia materna para él bebe

1. Favorece su adecuado desarrollo y por lo tanto su desenvolvimiento social e intelectual.
2. Fácil de digerir, lo protege contra el estreñimiento y cólicos.
3. Le previene de infecciones y enfermedades gastrointestinales y respiratorias como son la diarrea, neumonía, alergias e infecciones de oído.

4. El calostro se considera como la primera vacuna para el bebe, por las sustancias que contiene para protegerlo de infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta.
5. La leche materna se adapta a las necesidades del bebe según los requerimientos en cada etapa de su crecimiento.
6. Al succionar frecuentemente desarrolla los músculos de la cara.
7. Ayuda en la formación de los dientes e incrementa la resistencia del esmalte, contribuye a disminuir la incidencia a caries, aumenta la secreción de la saliva, prevención de hemorragias y anemias.
8. El amamantar estimula todos los sentidos del bebe.

Beneficios de la lactancia materna para la familia

1. Se refuerzan los lazos de unión y de amor en la familia.
2. Favorece la economía familiar, debido a que no tiene costo alguno, frente al costo de las fórmulas lácteas artificiales.
3. Previene el maltrato infantil
4. Menos frecuencia de consultas médicas por enfermedades.⁴³

Beneficios de la leche materna para la sociedad

1. Menor consumo de leches de alto costo.
2. Desarrollo de individuos más sanos, y de mejor desarrollo vincular, elementos importantes en los países en desarrollo y en una sociedad convulsionada por la violencia.
3. Evita contaminación al medio ambiente

IV.4.3. Técnicas de amamantamiento

Amamantar es dar vida y amor. Es alimentar, confortar, proteger y comunicarse.

El comienzo del amamantamiento es el período de mayor importancia en todo el proceso de la lactancia natural. En el análisis de la técnica del amamantamiento hay que tener en cuenta:

1. El tiempo en que se inicie

2. La frecuencia con que se continúe
3. La eficacia del niño para pedir el pecho
4. El tiempo normal que succiona

En general, la mayoría de las madres requieren al principio una capacitación en lo referente a la técnica adecuada de amamantamiento; esta capacitación debe hacerla el personal de salud de la institución en la que se atendió el parto, por medio del intercambio de saberes. Cuando se establezca la técnica, cada binomio madre – hijo adopta la forma y frecuencia que mejor se adopte a sus necesidades.

Posiciones para amamantar

Posición correcta	Posición incorrecta
EL bebe tiene la totalidad del pezón y una buena porción de la areola dentro de su boca.	El bebe tiene su boca solo en el pezón.
Las mejillas del bebe están infladas hacia fuera.	Las mejillas del bebe estén hundidas.
El labio inferior del bebe esta rotado hacia fuera.	El labio inferior esta hacia adentro
Cuando él bebe succiona, se observa actividad en las orejas.	Se observa actividad en las mejillas y ruido "chasquidos" en los labios.
Se escucha ruido cuando se traga la leche	No se escucha ruido

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 apoyar los pies sobre un pequeño piso y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño 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 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.

Posición de caballito

La madre sentada y el niño enfrenta 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. Esta posición está recomendada para los niños híper y/o hipotónicos, niños con fisura palatina, mamas muy grandes.

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. Esta posición permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño tiene preferencia por un pecho y cuando el niño tiene problemas con la clavícula.

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.

Posiciones con la Madre Acostada

Posición del niño con la madre acostada, ambos en decúbito lateral

La madre y el niño acostados 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.

Posición madre recostada de espalda y el niño sobre esta en decúbito ventral

La madre acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión.

Esta posición se recomienda a las madres que tienen reflejo de eyección excesivo en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda.⁴⁴

Métodos de extracción de la leche materna

Técnica de Marmet.

Hay diversas circunstancias en las que la mujer puede necesitar sacarse la leche:

- Cuando la madre se incorpore al trabajo
- Si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo.
- Para aliviar la ingurgitación mamaria.
- Para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho.
- Para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada.

La extracción de la leche puede efectuarse en forma manual o con bombas llamadas también mamaderas. Las bombas pueden ser manuales, operadas por baterías o eléctricas. Entre las bombas manuales figuran las que poseen un

sistema de jeringa y de bocina; estas bombas deben contar con receptáculos que reciban la leche para evitar que esta se contamine y deben ser lavadas después de cada uso. Las bombas eléctricas son más costosas y necesitan electricidad para funcionar. La presión de succión que ejercen las bombas eléctricas grandes es similar a la que ejerce el niño al mamar. También hay bombas eléctricas pequeñas, que son más fáciles de transportar.

La leche también puede extraerse en forma manual; este método que disminuye la posibilidad de contaminación, requiere una técnica simple y fácil de aprender, simula mejor el masaje que realiza el niño sobre el pezón para extraer la leche y es barato, de modo que toda la población puede acceder a él. Es recomendable que la madre aprenda esta técnica de extracción manual independientemente de la alternativa elegida porque puede ser utilizada como alternativa única o en combinación con otras.

Técnica de extracción manual de la leche

1. En lo posible la leche debe ser extraída en un lugar tranquilo mientras se tienen pensamientos gratos en relación con el niño. La capacidad de relajación ayuda a obtener un mejor reflejo de eyección de la leche.
2. Hay que lavarse las manos.
3. Debe efectuarse un masaje circular de la mama seguido de otro desde arriba hacia la areola. Antes de comenzar la extracción hay que estimular suavemente los pezones para desencadenar el reflejo de bajada de la leche.
4. La leche debe ser extraída en un envase limpio de plástico o de vidrio.
5. Hay que colocar el pulgar por arriba y el índice por abajo en el borde externo de la areola; estos dedos deben mantenerse fijos y hay que evitar que se deslicen sobre la piel.
6. Hay que comprimir la mama hacia las costillas, con los dedos abiertos y luego juntándolos hacia el pezón, como ocurre cuando el niño mama. Al principio aparecerán gotas y luego chorrillos al producir la bajada de la leche. No es necesario descartar las primeras gotas.
7. La posición de los dedos debe rotarse alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.

8. Cuando disminuya el flujo de leche se repetirá el procedimiento en la otra mama y el ciclo se realizará varias veces.

La cantidad de leche obtenida en cada extracción puede variar. El éxito en mantener la producción de leche dependerá de la frecuencia de las extracciones. Un indicador objetivo de que la leche es suficiente es el incremento adecuado del peso del niño.

Seis pasos necesarios para una eficaz extracción manual:

1. Prepara tus manos ya limpias. Realiza un masaje desde el tórax hacia el pezón, y luego movimientos circulares con los dedos en un mismo punto.
2. Frota cuidadosamente el pecho desde la parte superior hacia el pezón de manera que produzca cosquilleo.
3. Sacude suavemente ambos senos, inclinándose hacia delante. La fuerza de la gravedad ayuda a la bajada de la leche.
4. Junta los cuatros dedos y separa el pulgar, sostén el seno entre tus dedos en forma de C, con el pulgar colocado arriba, más o menos a una o dos pulgadas de distancia de tu pezón.
5. Presiona la mama hacia adentro, en dirección a tus costillas con la yema de los dedos.
6. Luego, presiona con el índice y el pulgar hacia abajo para que salga la leche.

Conservación y Transporte

La conservación de la leche es muy fácil. Puede usarse recién extraída o conservar a temperatura ambiente, en el refrigerador o incluso en un congelador doméstico.

Tipos de conservación

Conservada a temperatura ambiente (20 ° C -21 ° C)	12 horas
Conservada en el refrigerado	4 días
Conservada en el congelador (refrigerador de 1 puerta)	14 días
Conservada en el congelador (refrigerador de 2 puertas)	3 meses

Es recomendable previa la extracción de la leche que la madre reciba las siguientes indicaciones:

1. Para almacenar la leche debe utilizar envases de plástico o de vidrio bien lavados y bien enjuagados. No es necesario que los hierva.
2. Puede guardar la leche extraída durante todo un día en un mismo envase en el refrigerador y luego congelarla en cantidades equivalentes a las que recibe el niño en cada mamada.
3. Después de algunos minutos de extraída la leche se separa en capas; en la superficie queda la grasa y en la zona inferior se observa un aspecto opalescente. Esto es normal y la leche debe agitarse para que adquiera su aspecto inicial.
4. Los envases deben congelarse cerrados para proteger la leche, dejando espacio para que sea posible cierta expansión. Es conveniente colocar la fecha de extracción en cada envase con el fin de usar siempre la más antigua.
5. Antes de utilizar la leche congelada se la debe descongelar en forma gradual, cambiándola del congelador al refrigerador. La leche descongelada debe ser administrada al niño dentro de las 24 horas.
6. Para administrar esta leche al niño solo es necesario entibiarla. La leche materna no debe hervir porque el calor excesivo destruiría las enzimas y las proteínas que contiene.
7. No se recomienda calentar la leche en un horno de microondas. Se ha demostrado en la leche materna calentada con este método que se produce una disminución de la acción de algunos factores antiinfecciosos y además existe el riesgo de quemaduras por sobrecalentamiento porque el envase puede estar tibio y temperatura de la leche que contiene puede ser mayor.
8. Los remanentes de leche de cada alimentación pueden calentarse y volver a utilizarse dentro del mismo día.
9. Se puede administrar la leche al niño con cuchara, vaso o mamadera.⁴⁵

Como descongelar la leche

1. Calienta agua en una olla
2. Retírala del fuego e introduce el recipiente que contiene la leche, hasta que este a temperatura ambiente.

3. Dásela a tu bebe en un vasito en poca cantidad y desecha la que no se tome.
4. Recuerda usar la leche con la fecha más antigua.

Lactancia Materna y la madre que trabaja

En los últimos años, las mujeres se han incorporado a la fuerza laboral en un porcentaje creciente y la tendencia mundial muestra una curva en ascenso. El retorno de la madre al trabajo constituye una de las principales causas de suplementación y abandono de la lactancia materna exclusiva en el niño menor de seis meses.

Uno de los desafíos actuales que enfrentan los profesionales de la salud interesados en promover la lactancia consiste en ayudar a mantener el mantenimiento exclusivo en este grupo de mujeres. En este caso, lo ideal sería que la madre aprendiera la técnica de la extracción de leche y el manejo de la leche extraída antes de ser dada de alta de la maternidad. El aprendizaje de una técnica de este tipo le resultaría de gran utilidad en caso de que la madre manifestaría el deseo de mantener a su hijo con leche materna exclusiva y evitar la congestión mamaria y también para aumentar su producción láctea, para que el niño dispusiera de su leche en casos de separación transitoria o simplemente como practica para adquirir la destreza necesaria en el procedimiento a fin de poder aplicarlo en caso de que volviera a trabajar.⁴⁶

II.4.4. Dieta materna y lactancia

Actualmente hay investigaciones que confirman que todo lo que come la madre "pasa" al niño, quien se acostumbra a distintos sabores, de los que algunos le gustan más que otros. La leche materna cambia según los hábitos alimenticios. La madre podrá comer todo tipo de alimento, ateniéndose a una dieta variada y completa, y los beneficios de esta actitud se resumen en:

A- Estimulación de las sensaciones gustativas

Acostumbrando al niño a los diferentes sabores y aromas, mucho antes de ingerirlos directamente, comenzando a crear preferencias por algunos de ellos, como etapa importante en su desarrollo sensorial y cognoscitivo.

B- Preparación para el destete

El niño comienza a saborear los placeres de la mesa mucho antes de tomar los alimentos directamente, permitiendo su más fácil acostumbramiento a las papillas.

C- Maduración del aparato digestivo

Acostumbra al recién nacido, desde el principio, a ingerir pequeñas cantidades de distintas sustancias a través de la leche, favoreciendo la formación espontánea de distintas enzimas necesarias para la digestión, y cuando el niño las ingiera los diferentes alimentos podrá digerirlos normalmente.

D- Alimentos nocivos para el niño:

No existen pruebas de que la ingesta de diferentes alimentos pueda ser perjudicial al niño; conviene que los ingiera primero en pequeñas cantidades controlando las reacciones de su niño. Se acusa injustamente a ciertos alimentos, consumidos por la nodriza, de ocasionar problemas digestivos al lactante (cólicos, diarreas, vómitos). En general, los alimentos más cuestionados son: coliflor, cebolla, peras, ciruelas.

E- Reacción del niño a los sabores

Es difícil saber esta reacción; al pasar a la leche las sustancias están muy diluidas; el lactante sólo percibe ligera diferencia de sabor de la leche habitual, luego sólo depende de las características propias de cada niño que este nuevo sabor perturbe su gusto.

Entre sus señales de disgusto se observan:

- a) Pequeñas muecas y sonidos indicadores de desagrado;
- b) Rechazo de la leche o poco apetito en esa mamada.

No obstante, es poco probable que el niño reaccione negativamente y, si se alimenta poco en esta toma, lo hará mejor en la siguiente, cuando no perciba el gusto o aroma que le desagradó, lo que ocurre en pocas horas. Es posible que ya el feto esté sometido a diferentes sabores a través del líquido amniótico.

F- Razones del sabor de la leche

Algunos alimentos cambian el sabor de la leche materna y otros no, dependiendo del tamaño de sus moléculas. Las moléculas grandes (proteínas, carbohidratos complejos), no pasan a la leche.⁴⁷

II.4.5. Amenorrea de la lactancia materna e infertilidad

Amenorrea de lactancia exclusiva – MELA - como método para espaciar gestaciones; Este método se basa en la infertilidad natural que se da en una mujer durante el periodo de lactancia exclusiva. El método de la amenorrea de lactancia (MELA) es el conjunto de condiciones que permiten alcanzar un elevado nivel de eficacia anticonceptiva a través de la lactancia exclusiva:

1. Estar en amenorrea
2. Estar en lactancia exclusiva sin agregar suplementos a la dieta del lactante
3. Estar en los primeros seis meses después del parto

Cuando no se cumplen alguna de estas condiciones, es necesario usar algún método anticonceptivo adicional si se desea evitar una gestación; para que la lactancia y la amenorrea se prolonguen, es importante que la mujer amamante con una alta frecuencia durante las 24 horas. El MELA sólo puede ser considerado cuando las mujeres han decidido amamantar en forma exclusiva por un tiempo prolongado.⁴⁸

La succión del pezón ejerce un efecto inhibitorio en la función del hipotálamo y la hipófisis en lo que concierne a la producción de las hormonas que controlan la ovulación, lo que explica el retardo de la menstruación. Es fundamental que este estímulo sea constante e intenso, es decir, que el niño mame frecuentemente de día y en la noche, 7 ó más veces en 24 horas.⁴⁹

Después de los primeros 6 meses, cuando se inicia la alimentación complementaria o reaparece la menstruación, aumenta la posibilidad de una nueva gestación, aunque permanece baja mientras continúa la lactancia como base de la alimentación.

Las mujeres que lactan experimentan un periodo de amenorrea e infertilidad que puede durar desde dos meses hasta dos años, en cambio las mujeres que no lactan recuperan rápidamente sus periodos de ovulación y por ende de fertilidad.

Las razones asociadas a la infertilidad durante la lactancia son:

1. Inhibición de la ovulación y cese momentáneo de la menstruación (amenorrea). Esto debido a que la succión del niño inhibe la función de dos glándulas (hipotálamo e hipófisis) que secreten las hormonas que regulan la función ovárica. Por ello la mujer no ovula y no tiene menstruaciones.
2. Alteración de los primeros ciclos menstruales. Es raro que se produzcan embarazo durante los 6 meses post-parto, en que la mujer permanece en amenorrea de lactancia (si esta es exclusiva). Aun si se produjera la ovulación el embarazo es casi imposible debido a que los niveles de progesterona de la fase lútea son más bajos, por lo que no alcanza a preparar el endometrio para la recepción del huevo.
3. Es importante destacar que luego de la primera menstruación post-parto la fertilidad se recupera rápidamente y este método de protección anticonceptiva se vuelve insuficiente, por lo que se debe adoptar un nuevo método. También, luego de los 6 meses post- parto, las mujeres tienen más posibilidades de ovular antes del primer sangrado. Por eso el límite para el uso del método de amenorrea de lactancia como anticonceptivo se ha fijado a los 6 meses post-parto.⁵⁰
4. Efectividad, si se cumplen las condiciones es muy alta. De 1 a 2 mujeres de cada 100 pueden embarazarse en los seis primeros meses post-parto.
5. Ventajas. No tiene efecto secundario.
6. Desventajas, no protegen contra infecciones de transmisión sexual.

IV.4.6. Alimentación al seno materno y enfermedades infecciosas

La alimentación al seno materno es una de las estrategias más importantes para proteger a los niños contra las enfermedades que ocasionan aun morbimortalidad.

La protección de la leche materna está establecida para enfermedades diarreicas, infecciones de vías respiratorias, incluyendo otitis media, bacteriemia y meningitis y enterocolitis necrosante.

La leche humana también ha mostrado efectos protectores en los niños contra ciertos patógenos, como: virus, bacterias y parásitos enteropatógenos, entre ellos

streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae tipo b, y virus respiratorio sincitial.

Las pruebas señalan que la leche humana protege a los niños de las enfermedades infecciosas por una variedad de mecanismos complementarios, como que provee de una óptima nutrición, reduciendo la exposición a enteropatógenos, favorece el crecimiento de la microflora protectora y proporciona además varios factores inmunológicos, así como anticuerpos secretores y sustancias glucoconjugadas.

Hay además datos de que la leche humana puede regular el desarrollo del sistema inmunitario del niño.

La alimentación exclusiva al seno materno se recomienda como el mejor método para alimentación del niño en los primeros meses de vida; posterior a esto se aconseja utilizar alimentos complementarios para la misma.

Sin embargo, en algunas ocasiones habrá que tener en cuenta que la alimentación con leche humana puede convertirse en un riesgo de infección, más que en un beneficio, debido a los riesgos de transmisión de algunos microorganismos como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus linfotrópico humano T1 (VLHT 1) citomegalovirus (CMV), virus del herpes simple (VHS), virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC), virus de la rubeola y bacterias.⁵¹

La leche humana ha demostrado protección contra agentes enteropatógenos causantes de enfermedad diarreica, ocasionadas por agentes virales específicos, bacterianos y parasitarios entre ellos: *Vibrio cholerae*, especies de *Shigella*, *Escherichiacoli*, *Campylobacter Jejuni* y *Giardia Lamblia*.

Se ha detectado presencia de inmunoglobulinas anti-*Cryptosporidium* en el calostro que ha demostrado ser eficaz en pacientes voluntarios contaminados con *Cryptosporidium parvum*.⁵²

IV.4.7. Transmisión vertical de virus por la lactancia materna

Virus de inmunodeficiencia humana

Alrededor del mundo se estima que hay más de dos millones de niños infectados por el VIH, los cuales han resultado por contagio vertical (madre-hijo).

La evidencia de la transmisión por la leche materna posparto se ha demostrado en muchos estudios y el virus del VIH se ha detectado en muestras simples de leche de madres infectadas por el VIH.

En las madres que se seroconvirtieron durante la lactancia y las expuestas prenatalmente, los datos aun no son claros.

Un metanálisis de la transmisión del VIH atribuida a la lactancia materna se estima que el riesgo de infección es del 14 por ciento entre los niños de las madres que fueron infectadas en etapa prenatal. En un segundo metanálisis basado en cuatro cohortes en África, se estimó un riesgo de 3.2 por 100 niños alimentados al seno materno.

En otro estudio aleatorio, la frecuencia de transmisión del VIH se estimó en un 16 por ciento. Sin embargo, la cifra verdadera de transmisión relacionada con la lactancia materna se desconoce, pero se sabe además que a mayor tiempo de lactancia mayor será el riesgo; además la transmisión es más común que ocurra en los primeros meses de la lactancia al seno materno, con incrementos del 0.6 a 0.7 por ciento por mes hasta los 11 meses posparto y un 0.3 por ciento por mes desde el mes 11 hasta el 18.

La trasmisión del virus de inmunodeficiencia humana tipo 2 no se conoce hasta el momento si puede ser transmitido por la leche humana.

En algunos países del mundo, a las madres portadoras del VIH se les informa sobre las ventajas de la lactancia al seno materno, pero a su vez sobre los riesgos que conlleva el dar dicha alimentación, por lo que por el momento se debe asegurar que dicha alimentación sea suspendida, con algunas excepciones donde no haya otra posibilidad de lactancia para el niño y que se ponga en riesgo la vida del mismo por falta de proveer otro tipo de alimentación artificial.⁵³

Factores maternos asociados

Se han identificado diversos factores relacionados con la transmisión de VIH. Entre los factores maternos se reconoce la adquisición del virus antes o después del parto, con una tasa estimada de un 14 y 29 por ciento respectivamente, estado clínico de la madre, tipo de parto, siendo el parto vía vaginal el que presenta una mayor exposición al riesgo de transmisión materno-infantil menor edad materna,

menor escolaridad y si el diagnóstico de infección por VIH fue antes o durante el embarazo.

Factores neonatales asociados

En cuanto a los factores del recién nacido, algunos estudios señalaron que en promedio los niños que viven con VIH tienen una menor edad gestacional y peso al nacer, probablemente porque nacieron por parto cesárea a una edad de 37 semanas.⁵⁴

Virus linfotrópico humano T

La infección por el VLHT1 (virus linfotrópico humano T) es endémica en Japón, el Caribe y algunas partes de Sudamérica y África. La enfermedad incluye Leucemia T linfocítica y paraparesia tropical que ocurre con más frecuencia en adultos. Se sabe que la transmisión de este virus ocurre durante el contacto sexual, con sangre contaminada y con la alimentación al seno materno.

Se han encontrado en leucocitos antígenos positivos de VLHT1 (virus linfotrópico humano T1) en la leche humana de mujeres infectadas por dicho virus; además, en algunos estudios se ha demostrado que esas pacientes tienen posibilidades de transmitir la enfermedad a sus hijos en un 20 a 25 por ciento en los niños que fueron amamantados contra un 4 por ciento de niños que no se alimentaron al seno materno.

Para el VLHT2 (virus linfotrópico humano T2) a pesar de que se han hallado pocos portadores, la presencia de ADN en pruebas de reacción en cadena de polimerasa en leche materna de portadores y su potencial transmisión hace que la recomendación sea no ofrecer alimentación al seno materno a su hijo.

Citomegalovirus

Se ha aislado CMV (citomegalovirus) de la leche materna y el riesgo de transmisión ha sido debidamente demostrado. Estudios prospectivos han mostrado que el citomegalovirus se excreta de modo intermitente en la leche humana con una gran frecuencia en la leche madura y en el calostro. Sin embargo, en los niños a término sanos y asintomáticos, no es necesario suspender la lactancia, ya que dicha infección a esa edad y en esas condiciones

por lo general es asintomática. En otros pacientes, como los prematuros, puede representar un mayor riesgo de adquirir, desarrollar y presentar secuelas de la infección, por lo que es recomendable no ofrecer lactancia al seno materno.

Hepatitis B

El antígeno B de superficie del virus de la hepatitis B se ha detectado en la leche de mujeres con positividad del mismo.

Sin embargo, no está generalizada la recomendación de no ofrecer dicha posibilidad de alimentación, pero en algunos países como Estados Unidos y otros donde está disponible la inmunoglobulina de hepatitis B y la vacuna contra hepatitis B se aplican al recién nacido cuando se conoce la positividad del antígeno de superficie para hepatitis B y en teoría se elimina dicho riesgo de transmisión por la alimentación al seno materno.

Virus del herpes simple

El virus del herpes simple ha sido aislado de la leche humana en ausencia de lesiones vesiculares o drenadas del seno materno, pero la transmisión parece ser rara. Casos graves de transmisión del virus del herpes simple 1 se han relacionado con la presencia de lesiones en el seno de la mujer cuando está amamantando a su hijo, por lo que las madres que tengan infección por el virus del herpes simple y tengan lesiones en el seno deben suspender la lactancia de inmediato.

Virus de la rubeola

Aunque el virus de la rubéola se ha encontrado en la leche materna, parece ser que la presencia del mismo hasta el momento no ha sido relacionada con enfermedad significativa en el niño, por lo que no es una indicación de suspender la lactancia materna.

Mastitis

La presencia de mastitis o abscesos en el seno materno generalmente tiene una evolución satisfactoria con cuidados de aseo local y en algunas ocasiones con antibioterapia coadyuvante, sin embargo, si hay un absceso con inminente ruptura

o con la necesidad de drenaje quirúrgico, se debe suspender dicho tipo de alimentación hasta que se resuelva el problema.⁵⁵

IV.4.8. Protección de la leche materna contra patógenos

Los mecanismos protectores de la alimentación al seno materno han sido más claramente establecidos para la enfermedad diarreica que para otras enfermedades infecciosas. Participa una gran cantidad de mecanismos, entre ellos la adecuada alimentación, reduciendo la exposición de patógenos y la promoción de micro flora intestinal protectora. También la leche humana protege por contener factores protectores inmunológicos, como anticuerpos secretores, receptores análogos, factores antiinflamatorios celulares y agentes inmunorreguladores.

Microflora protectora del lactante amamantado con leche humana

La leche humana contiene lactosa y otros carbohidratos que sirven como sustrato para la fermentación de las bacterias intestinales. Como resultado, las evacuaciones de los niños alimentados al seno materno tienen un bajo pH y contienen lactato y acetato, bajas concentraciones de especies de *Clostridium* y altas concentraciones de especies de *Bifidobacterium* y de *Lactobacillus*.

La colonización intestinal de esas bacterias de niños alimentados al seno materno se ha relacionado con una disminución de la gravedad de los cuadros diarreicos infecciosos. Además, los productos de fermentación utilizados como los lactobacilos liofilizados, *Streptococcus Thermophilus*, y las preparaciones de *Saccharomyces* han demostrado que pueden utilizarse para prevenir las complicaciones de la diarrea infecciosa incluyendo aquellas por especies de salmonella, de *Shigella*, *Clostridium difficile* y rotavirus, así como la relacionada con antibióticos de amplio espectro.⁵⁶

Existe una cantidad de funciones que son realizadas por componentes de la leche humana que la hacen única; estos componentes se conocen como bioactivos como son:

Inmunoglobulinas

En la leche materna se encuentran todos los tipos de inmunoglobulinas, sobre todo en el calostro. La que se halla en mayor proporción es la IgA secretora de 50

a 100 mg/ 100ml). Las células plasmáticas que las producen migran del intestino y árbol bronquial y se alojan en el tejido subyacente a las células secretoras mamarias por lo que proporcionan protección al lactante contra patógenos del ambiente inmediato madre-hijo.

Las concentraciones de IgA en el posparto disminuyen en las cuatro semanas siguientes, pero se mantienen concentraciones significativas durante el primer año de vida. La IgA secretora contra *Escherichia Coli* persiste durante toda la lactancia e incluso puede aumentar.

Lactoferrina

Proteína sérica con alta afinidad al hierro, constituye del 10 al 25 por ciento de las proteínas totales en la leche materna. Se le atribuye una función antiinfecciosa debido a que priva a los microorganismos del hierro necesario. Se le ha encontrado propiedades bactericidas, antiviral y reguladoras de citocinas (reduce la liberación de interleucinas 1,2,6 y factor de necrosis tumoral). Además, inhibe la adherencia de *Escherichia Coli* enterotoxigena, la capacidad invasora de *Shigella flexneri* y estimula la proliferación de *Bifidobacterium* en la flora intestinal del lactante.

Alfa- lactoalbumina

De alto valor nutritivo por los aminoácidos que la componen que son muy similares a los requerimientos del lactante, junto con las enzimas que cataliza la unión de glucosa a la galactosa para sintetizar lactosa en la glándula mamaria.

Lisozima

Glucoproteína, similar a la lactoferrina, tiene la capacidad de lisar las uniones entre glucoproteínas de la pared bacteriana de una gran parte de bacterias grampositivas y unas cuantas gramnegativas. Su concentración de 5 a 25 mg/100ml se incrementa en la lactancia prolongada.

Kappa-caseína

Inhibe la adherencia de *H. Pylori* a la mucosa gástrica y de *S. Neumoniae* y *H. Influenzae* a las células epiteliales de las vías respiratorias humanas. También es promotora de las bifidobacterias intestinales.

Enzimas de la leche materna

Se han encontrado más de 20 enzimas, pero solo algunas se han demostrado tener acción en el recién nacido por la inmadurez del páncreas exocrino en esta etapa, por ejemplo, la alfa-amilasa (que facilita la digestión de los polisacáridos de la leche) y la lipasa estimuladora de las sales biliares, las cuales se mantienen estables en leche almacenada entre 15 y 38° C por casi 24h.

Factor de crecimiento epidérmico

Potente estimulador de la proliferación de tejidos epidérmicos y epiteliales, su concentración más alta se ha encontrado en el calostro de madres prematuros. Estimula la maduración de la mucosa gastrointestinal.

Oligosacáridos

Actúan como ligándose a microorganismos, virus y toxinas e inhiben en consecuencia la unión de microorganismos patógenos a superficies epiteliales. Son el tercer componente más abundante de la leche materna y su concentración es de 1.5 g/100ml.

Componentes antiinflamatorios e inmunorreguladores

La leche materna contiene citocinas que intervienen en la inflamación (factor de necrosis tumoral, interleucinas 1,6,8 e interferón) o que la suprimen (interleucina 10) por su acción de inhibición sobre los macrófagos y linfocitos T. Otros componentes que contienen son vitamina A, C y E, la catalasa y las prostaglandinas E1 y E2.

Células

Los leucocitos activos son abundantes en el calostro y disminuyen poco a poco durante la lactancia, 40 a 65 por ciento son neutrófilos, 35 a 55 por ciento

macrófagos y 5 a 10 por ciento son linfocitos y de estos el 50 por ciento son linfocitos T.

Las células de la leche humana están activadas y tienen la capacidad de fagocitar hongos y bacterias y desencadenar reacciones que dependen de anticuerpos. Es muy probable que tengan una acción protectora frente a infecciones de la mama en los primeros días de lactancia.

Hormonas

Las hormonas de estructura más sencilla como los esteroides y la tiroxina pueden pasar fácilmente a la leche. De las hormonas hipofisarias de alto peso molecular solo se ha detectado prolactina, pero su significado funcional en la leche aun no es claro. Entre las hormonas que se han identificadas se encuentra la hormona liberadora de gonadotropinas, la hormona liberadora de tirotropina, hormonas ováricas corticoides y eritropoyetina. Se ha demostrado que algunas mantienen actividad fisiológica tras ser ingeridas.⁵⁷

IV.4.9. Contraindicaciones de la leche materna

En la práctica, son muy pocas las situaciones que contraindican la lactancia. e padecimiento de algunas enfermedades por parte de la madre o el niño requiere una valoración individualizada, considerando los grandes beneficios de la alimentación con leche materna frente a los posibles riesgos. Si una madre lactante precisa medicación, se debe buscar un fármaco que sea adecuado para el tratamiento de la madre y compatible con la lactancia.⁵⁸

Tanto el virus del sida como el virus de la leucemia humana de células T tipo I (HTLV-I) se transmiten a través de la leche materna y contraindican la alimentación a pecho, siempre y cuando se disponga de sustitutos adecuados de la leche materna.

Infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana

La transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1 a través de la leche materna está demostrada. Diversos factores aumentan el riesgo de transmisión. La infección materna por VIH constituye una contraindicación para la

lactancia en países desarrollados, en los que se dispone de fórmulas adecuadas para la lactancia artificial. La situación es distinta en los países en vías de desarrollo, donde las enfermedades infecciosas y la malnutrición constituyen las principales causas de muerte en la infancia.

En estas circunstancias, la lactancia materna es crucial para la supervivencia del lactante, al no disponerse de alternativas seguras.

Por este motivo, la OMS recomienda que, en dichos países, las madres infectadas por VIH mantengan la alimentación al pecho, ya que sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.

Infección por el virus de la leucemia humana de células T

Se ha demostrado la transmisión del virus de la leucemia humana de células T (HTLV) tipo I y II, que causa la leucemia/linfoma de células T del adulto, a través de la leche materna, por lo que la infección materna por este virus es una contraindicación para la alimentación al pecho, siempre y cuando se disponga de sustitutos adecuados. Se ha comprobado que la congelación inactiva el virus de la leucemia humana de células T-1 HTLV-I.

Citomegalovirus

En lactantes prematuros puede representar un mayor riesgo de adquirir, desarrollar y presentar secuelas de la infección, por lo que es recomendable no ofrecer lactancia al seno materno.

Tuberculosis

En caso de tuberculosis activa, se suspenderá el amamantamiento y el contacto con la madre hasta dos semanas después del inicio del tratamiento materno. Sin embargo, la leche materna no contiene *Mycobacterium tuberculosis*, por lo cual puede ser extraída y dada al bebé durante este período. Las drogas antituberculosas tampoco exigen contraindicar la alimentación al seno materno. En caso de tuberculosis activa, se suspenderá el amamantamiento.

Galactosemia

La lactancia materna está contraindicada en los niños afectados por galactosemia. Estos niños deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa desde el nacimiento. Hay que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas sin lactosa o fórmulas de soja. Algunas formas leves pueden recibir lactancia materna parcial.

Deficiencia primaria congénita de lactasa

El déficit congénito de lactasa contraindica la lactancia materna. Esta forma de comienzo temprano en el periodo neonatal, es extraordinariamente rara; sólo se han diagnosticado alrededor de 40 casos desde que fue descrito en 1959.

Sífilis

La presencia de lesiones cutáneas de sífilis en el pecho o en el pezón contraindica la lactancia materna, ya que pueden contener el treponema. El niño debe ser aislado de la madre y recibir tratamiento con penicilina G si lo precisa. Una vez que la madre complete el tratamiento y las lesiones cutáneas hayan curado, se puede reanudar la alimentación al seno materno.

Herpes Simple

Está contraindicada la lactancia materna si hay lesiones en las mamas.

Prolactinoma

Algunos casos de prolactinoma, especialmente los macroadenomas, requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina, que contraindican la lactancia, ya que, ser potentes inhibidores de la prolactina, hacen muy difícil mantener una producción adecuada de leche.

Cáncer de mama

Su diagnóstico durante la lactancia obliga a suspender la alimentación al pecho para que la madre pueda someterse a tratamiento lo antes posible. Cuando el embarazo se produce en una mujer con cáncer de mama que ya ha recibido

tratamiento es posible la lactancia por el pecho sano. No se ha demostrado la transmisión de virus tumorales a través de la leche materna.

IV.4.10. Mitos sobre la lactancia materna

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la lactancia se ha visto entorpecida por diversas circunstancias.

Una de las razones porque las madres abandonan la lactancia materna o empiezan alimentación con lactancia artificial es a causa de los distintos mitos y creencias que existen, también por la falta de apoyo del personal de salud que igual por no estar capacitado en el tema no brinda el consejo oportuno.

Un mito es cuando creemos algo porque alguien nos ha dicho, es una creencia que no hemos experimentado la realidad por nuestra propia experiencia y nos dejamos llevar y no buscamos aclararla por nuestra propia cuenta, es contradictorio que todo estas falsas creencias y mitos las encontramos en nuestra familia, abuelas, vecinas, médicos familiares y pediatras, hoy en día las mamás de una mujer son vistas como un instrumento erótico y las empresas, agencias de publicidad las utilizan para captar atención para la compra de sus productos y todo esto hace que la lactancia haya perdido su fuerza.

Amamantar es cultural porque es algo que se aprende de generación a generación cuando vemos nuestras madres, vecinas y tías amamantar, el problema que este cordón cultural se rompió y hoy en día vemos muy poco amamantar o no vemos a nadie, por eso se necesita de clases, de cursos, de leer libros artículos de expertos que ayuden a establecer la lactancia materna, sobre todo si las madres son primerizas.

Los bebés no necesitan haber visto a otros para poder alimentarse del pecho de su madre, para ellos es innato nacen con el instinto y reflejo de succión, no necesitan que les enseñen, si se les pone ellos saben buscar el pecho de la madre inmediatamente después de nacer.

Los mitos relacionados con la lactancia materna son muchos, es importante resaltar que toda mujer puede y tiene leche para alimentar a su hijo, no importa el tamaño de las mamas, ni el tipo de parto que tuvieron.

No es cuestión de suerte ni es algo hereditario tener leche para alimentar al bebe, lo único que se requiere es poner al bebe seguido al seno, así entre más seguido se coloque se estimulan las glándulas y por lo tanto se produce más leche.

Si el bebé llora, tengamos paciencia y tratemos de interpretar sus necesidades será más fácil si se amamanta, porque no sólo llora por hambre, los brazos de mamá suelen ser el mejor lugar para calmarlo.

Si un bebé llora de hambre, está diciendo que quiere de nuevo el seno y no un biberón.

A partir de la 2ª o 3ª semana los pechos ya se adaptan a la lactancia y ya se ponen más blandos, esto significa que las glándulas mamarias ya están en las mejores condiciones para trabajar.

Se dice que para tener leche se requiere de bebidas especiales, como atoles, levaduras de cervezas o incluso la cerveza para aumentar la producción de leche, No se requiere nada para aumentar o producir más leche más que amamantar a demanda.

Casi todas las madres pueden producir leche suficiente para uno o incluso dos niños, con tal que el niño succione eficazmente y tome el pecho tan a menudo como él quiera. Incluso cuando una madre percibe que su leche es insuficiente, habitualmente su hijo obtiene toda la leche que necesita.

La cantidad de leche que producen los pechos está determinada por la cantidad que toma el niño; aumenta cuando el niño toma más. Incluso en sociedades en donde la dieta de las mujeres es escasa, la mayoría son capaces de producir leche en cantidades adecuadas para el buen crecimiento del niño.

Otros mitos:

Mi bebe no quiere coger el seno.

Después del tercer mes, algunos niños rechazan el pecho de repente. Este rechazo puede suceder porque: el niño o la niña ha tenido gripe, está molesto; ha

estado separado de las madres por largo tiempo; le ha dado biberones; la madre comió algo con sabor fuerte o muy picante que paso a la leche.

En estos casos la madre debe darle más atención al niño: puede acariciarle, darle masajes, cargarle y procurar darle de mamar cuando este casi dormido. En este caso la madre debe llevarle al centro de salud.

Tengo los pechos pequeños, no creo que pueda amamantar.

Esto no es así ya que el tamaño de los senos no guarda relación con la cantidad de leche que produce la madre o que necesita su bebe. Madres con pechos muy pequeños amamantan a mellizos.

Tengo grietas en uno de los senos. ¿Debo suspender la lactancia?

No es necesario suspender la lactancia materna, las grietas en los pezones se previenen y se curan.

Tengo gripe ¿puedo seguir amamantando?

Aunque estas enfermas, puedes seguir dando el pecho ya que a través de la leche le paseas los anticuerpos que protegen al niño o la niña contra la enfermedad.

Tengo poca leche

La cantidad de leche depende de las veces que él bebe mama y vacía el seno, cuando más mama más produce, por eso es tan importante dar el seno en los primeros meses, tanto de día como de noche como de noche y todas las veces que él bebe quiere.

Si doy de mamar se me van a caer los senos

Los pechos experimentan muchos cambios durante el embarazo y la lactancia. Están compuestos de ligamentos, grasas y tejido por lo cual vuelven a su posición normal. Independientemente si se va a dar el pecho o no al /la bebe, los cambios se van a efectuar igual.

El uso de brasieles adecuados para amamantar o brasier común que no sea muy ajustada puede ayudar.

Son innumerables los mitos, costumbres y rituales que, tanto negativa como positivamente, han afectado la lactancia. Pertenecen a las culturas, y en general reflejan la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo. Es así como en nuestra sociedad, con alta valoración por los valores femeninos y el vínculo, se asocian a lactancias prolongadas y protección de la relación vincular madre hijo.⁵⁹

V. HIPÓTESIS

El conocimiento que poseen las adolescentes que acuden a la consulta del hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, es deficiente.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Conocimiento sobre los métodos lactancia materna	Período de la vida en que el ser se alimenta fundamentalmente de leche. Sistema de alimentación.	Número de respuestas correctas.	Alto Medio Bajo
Edad	Es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual de la madre.	Años cumplidos	10 - 13 14 - 16 17 - 19
Escolaridad	Conocimiento adquirido a través del tiempo mediante el proceso enseñanza-aprendizaje	Primaria Secundaria Universitario Técnico Ninguna	Ninguno 1ro-8vo Básica 1ro-4to Bachiller Universitario
Ocupación	Trabajo o labor o quehacer que se emplee en la vida diaria de las personas	Situación laboral.	Desempleado Empleado privado Empleado público Estudiante Independiente Ama de casa
Medio de conocimiento	Forma en que la entrevistada obtuvo los conocimientos sobre lactancia materna.	Acceso a la información	Amigo-a Padres Escuela Hospital Radio Televisión Periódico Revista Internet

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de fuente prospectiva de información y que pretendió determinar el conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, en el periodo Abril - junio 2016. (Ver anexo XIII.1. Cronograma).

VII.2. Demarcación geográfica

El estudio tuvo lugar en el hospital Juan Pablo Pina, un hospital de 3er nivel Docente, Universitario que pertenece, a la red nacional de salud, localizado en la calle Santomé No. 50, en el municipio de San Cristóbal. Delimitado al Norte por la calle Santomé; al Sur por la calle Juan Tomás Díaz; al Este, por la calle Manuel María Seijas; y al Oeste por la calle presidente Billini (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



(Mapa cartográfico)



(Vista aérea)

VII.3. Universo y muestra

El universo estuvo constituido por un total de 1,249 de adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el periodo de estudio.

VII.3.1. Muestra

La muestra estuvo formada por un total de 84 adolescentes, de las cuales se excluyeron 22 ya que sus padres no aceptaron formar parte de la presente investigación.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

Fueron incluidas para esta investigación aquellas adolescentes quienes acepten formar parte de la misma.

Adolescentes que no hayan tenido ningún tipo de discapacidad que les impidiera responder las preguntas adecuadamente.

VII.5.2. De exclusión

- Mujeres fuera del rango de edad que comprende la adolescencia.
- Adolescentes a la que ella o sus padres no le hayan permitido formar parte de la investigación.

VII.6. Instrumento de recolección de los datos

La recolección de información se hizo a través de un cuestionario que consta de veinticinco (25) preguntas cerradas, que contiene los datos sociodemográficos de la edad, sexo y además se utilizaron preguntas relacionadas con el conocimiento a modo de examen (Ver anexos XIII.2 instrumento de recolección de datos).

VII.7. Procedimiento

Los formularios fueron llenados a través de una encuesta-entrevista, (anexo XIII.1. cronograma), se seleccionaron todas las pacientes con previa evaluación.

VII.8. Tabulación

La tabulación de los datos fue utilizando el programa de computadora (EPI-INFO) que permitió la realización de cuadros y gráficos.

VII.9. Análisis

Los datos fueron analizados en frecuencia simples (presentar los resultados en porcentaje) y se compararon las variables en estudio por vía de porcentajes.

VII.10. Aspecto éticos

Se mantuvo la confidencialidad sobre la identidad de las pacientes a entrevistarse, siendo los resultados utilizados de manera única y exclusivamente para propósitos científicos.

VIII. RESULTADOS

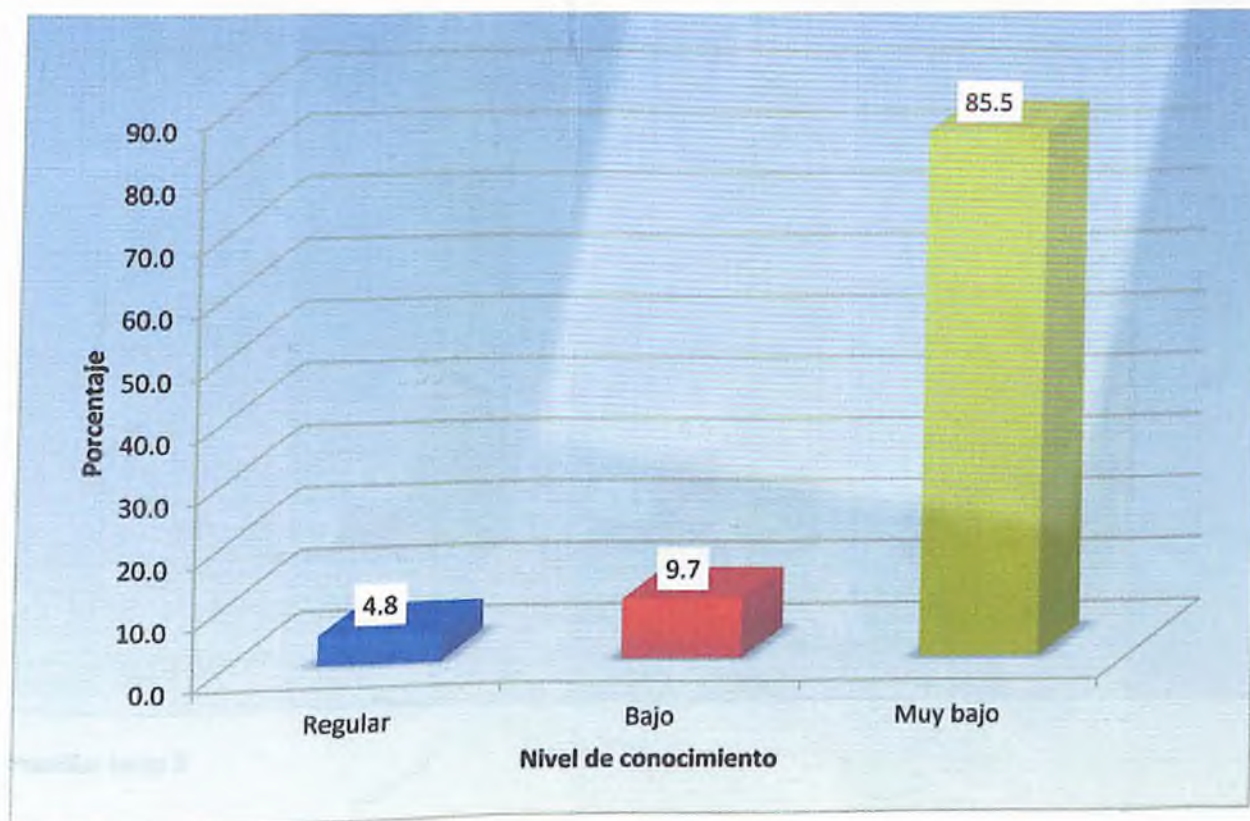
Tabla 1. Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Regular	3	4.8
Bajo	6	9.7
Muy bajo	53	85.5
Total	62	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De un total de 84 adolescentes a las que se dirigió el estudio, 62 (73.8%) respondieron y 22 (26.2%) fueron excluidas.

Gráfico 1



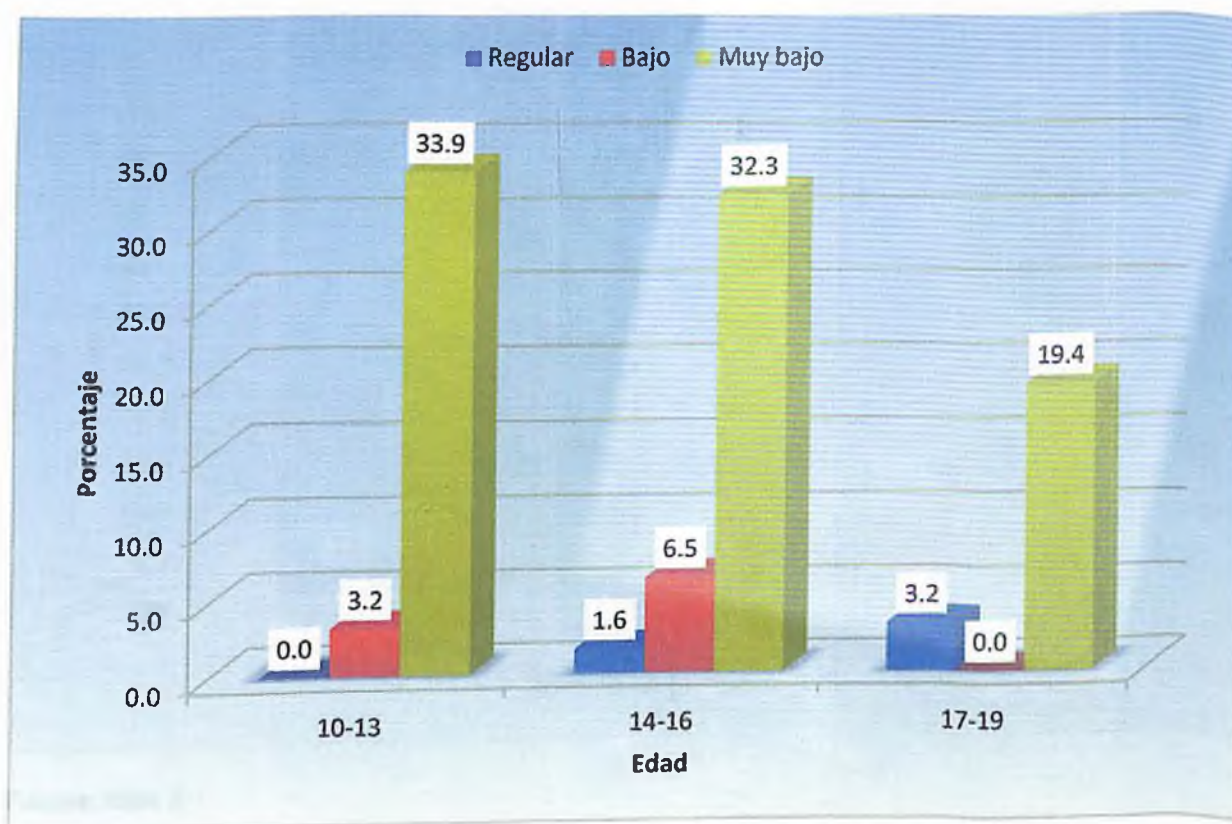
Fuente: tabla 1

Tabla 2.- Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016. Según edad.

Edad	Nivel de conocimiento						Total	%
	Regular	%	Bajo	%	Muy bajo	%		
10-13	0	0.0	2	3.2	21	33.9	23	37.1
14-16	1	1.6	4	6.5	20	32.3	25	40.3
17-19	2	3.2	0	0.0	12	19.4	14	22.6
Total	3	4.8	6	9.7	53	85.5	62	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 2



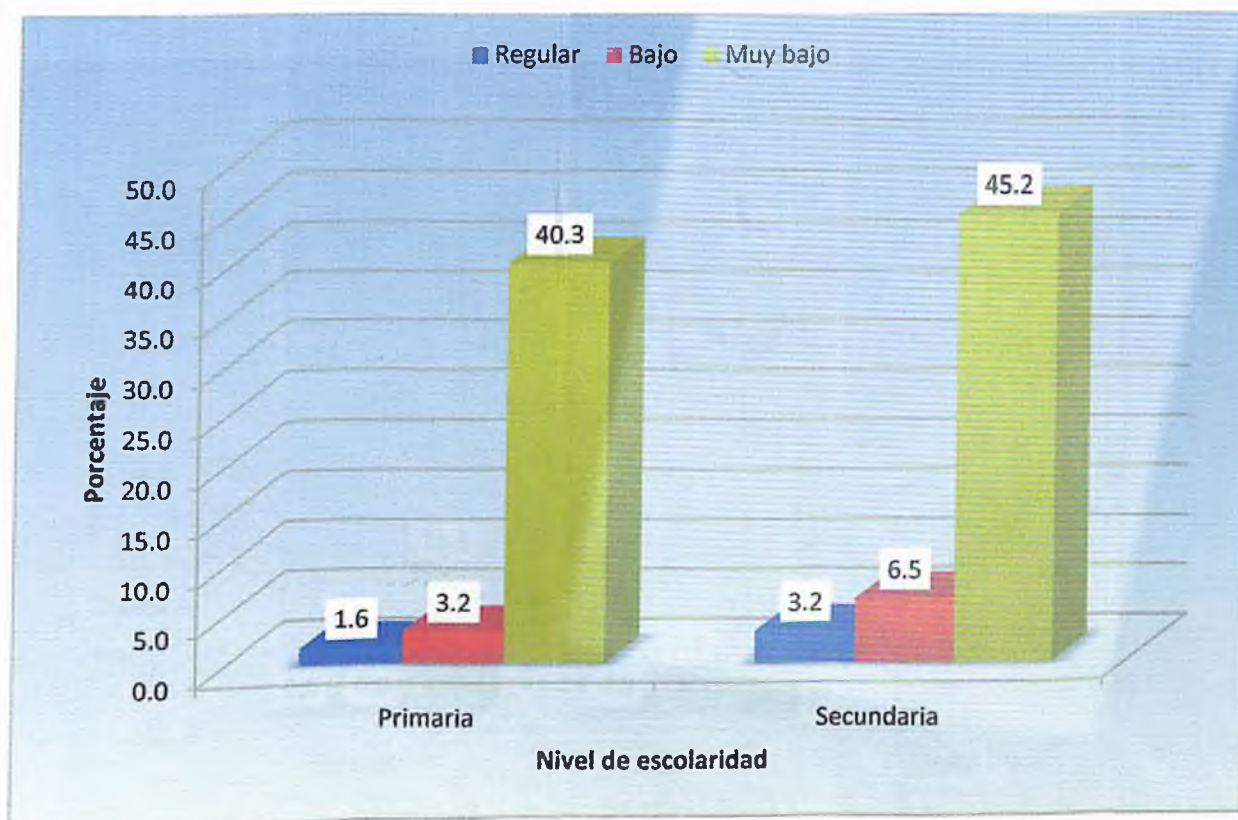
Fuente: tabla 2

Tabla 3.- Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016. Según escolaridad.

Escolaridad	Nivel de conocimiento						Total	%
	Regular	%	Bajo	%	Muy bajo	%		
Primaria	1	1.6	2	3.2	25	40.3	28	45.2
Secundaria	2	3.2	4	6.5	28	45.2	34	54.8
Total	3	4.8	6	9.7	53	85.5	62	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 3



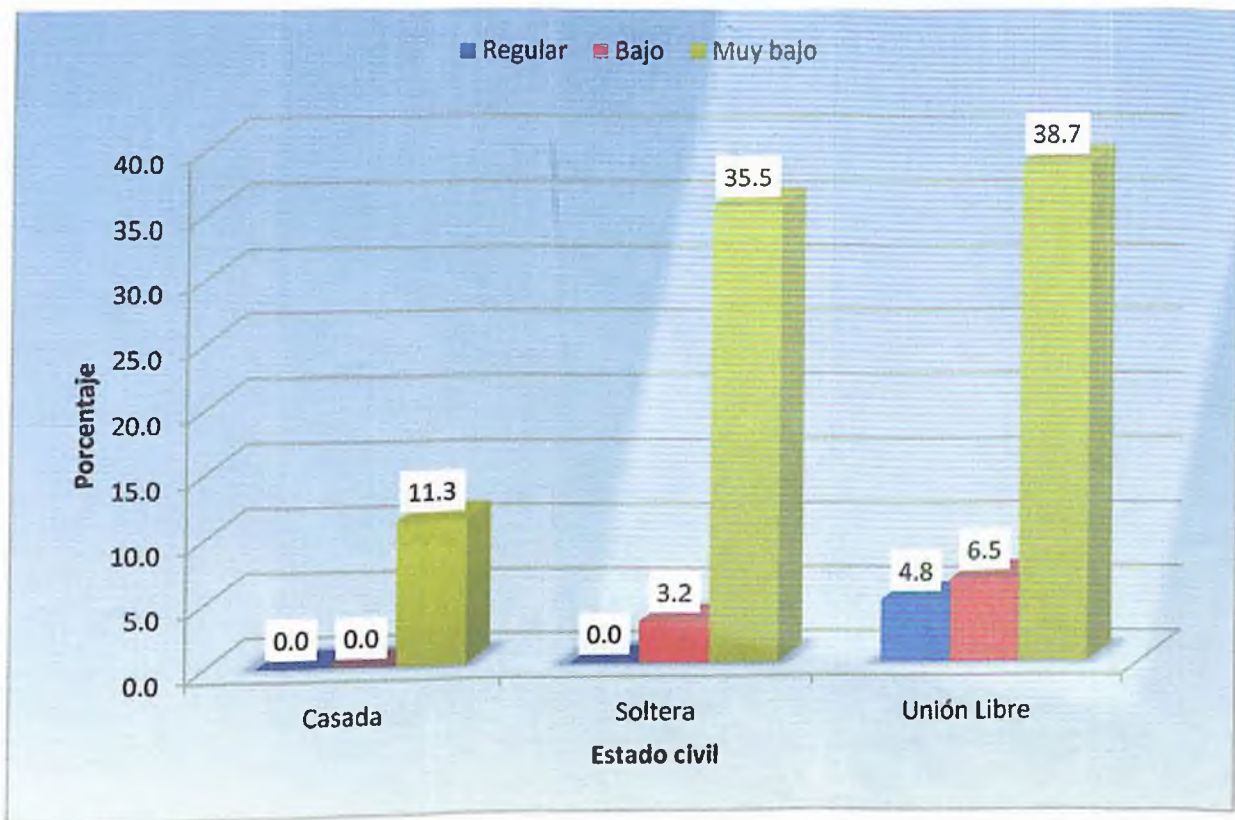
Fuente: tabla 3

Tabla 4.- Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016. Según estado civil.

Estado Civil	Nivel de conocimiento						Total	%
	Regular	%	Bajo	%	Muy bajo	%		
Casada	0	0.0	0	0.0	7	11.3	7	11.3
Soltera	0	0.0	2	3.2	22	35.5	24	38.7
Unión Libre	3	4.8	4	6.5	24	38.7	31	50.0
Total	3	4.8	6	9.7	53	85.5	62	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 4



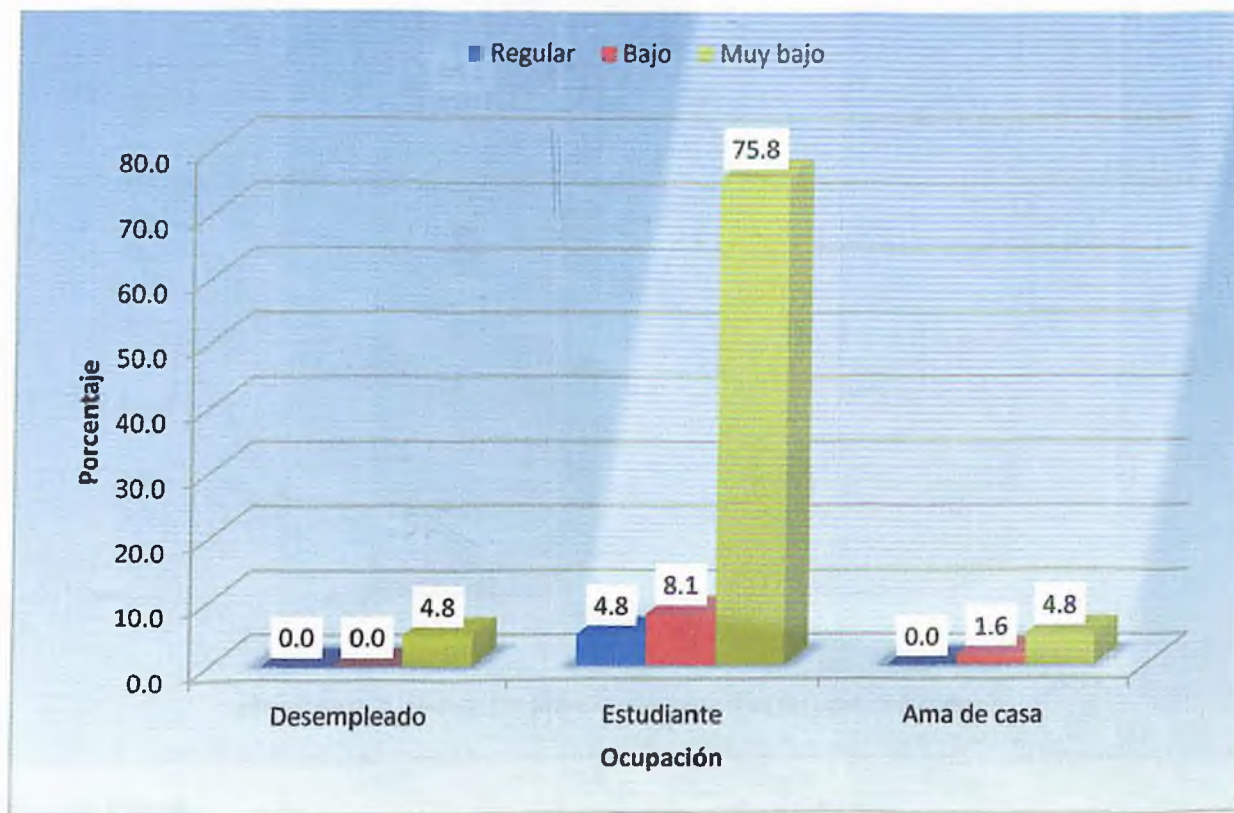
Fuente: tabla 4

Tabla 5.- Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016. Según ocupación.

Ocupación	Nivel de conocimiento						Total	%
	Regular	%	Bajo	%	Muy bajo	%		
Desempleado	0	0.0	0	0.0	3	4.8	3	4.8
Estudiante	3	4.8	5	8.1	47	75.8	55	88.7
Ama de casa	0	0.0	1	1.6	3	4.8	4	6.5
Total	3	4.8	6	9.7	53	85.5	62	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 5



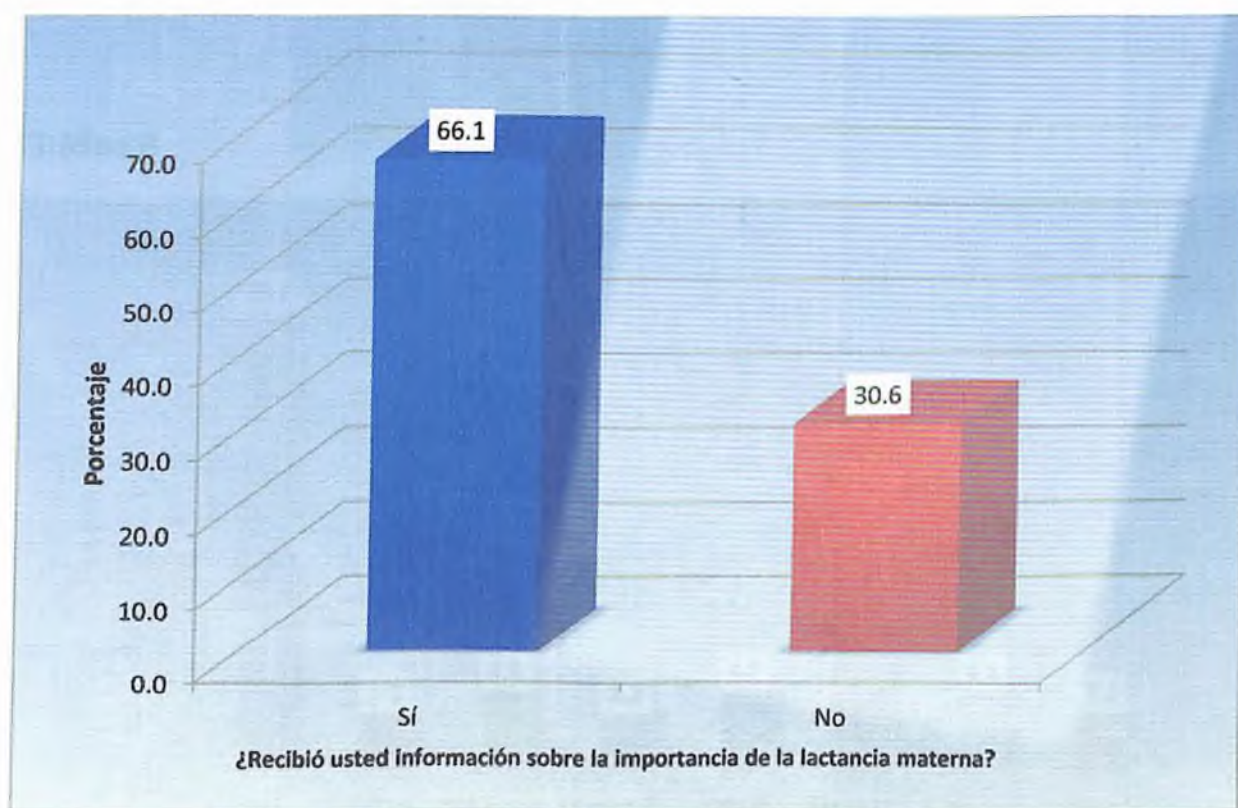
Fuente: tabla 5

Tabla 6.- Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016. Según haya recibido información.

¿Recibió usted información sobre la importancia de la lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	41	68.3
No	19	31.7
Total	60	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 6



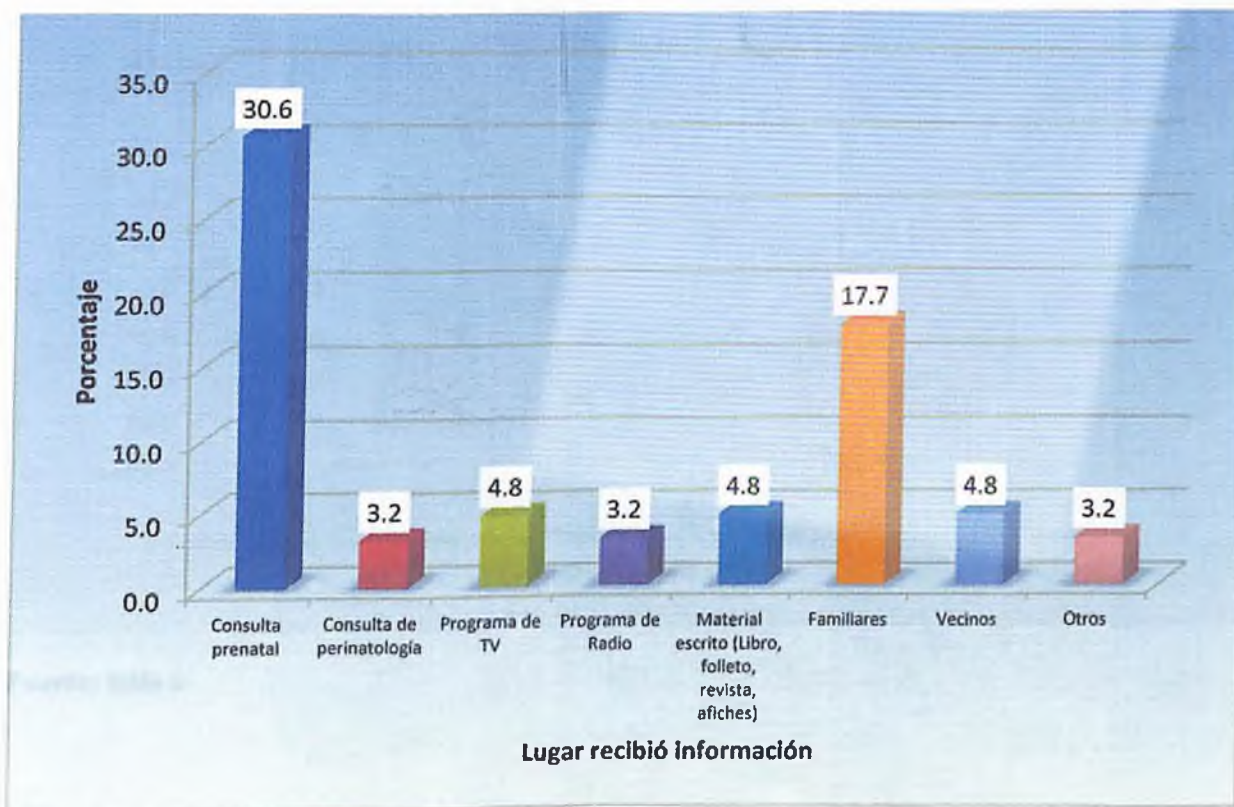
Fuente: tabla 6

Tabla 8.- Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016. Según lugar donde recibió información.

Lugar recibió información	Frecuencia	Porcentaje
Consulta prenatal	19	30.6
Consulta de perinatología	2	3.2
Programa de TV	3	4.8
Programa de Radio	2	3.2
Material escrito (Libro, folleto, revista, afiches)	3	4.8
Familiares	11	17.7
Vecinos	3	4.8
Otros	2	3.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 8



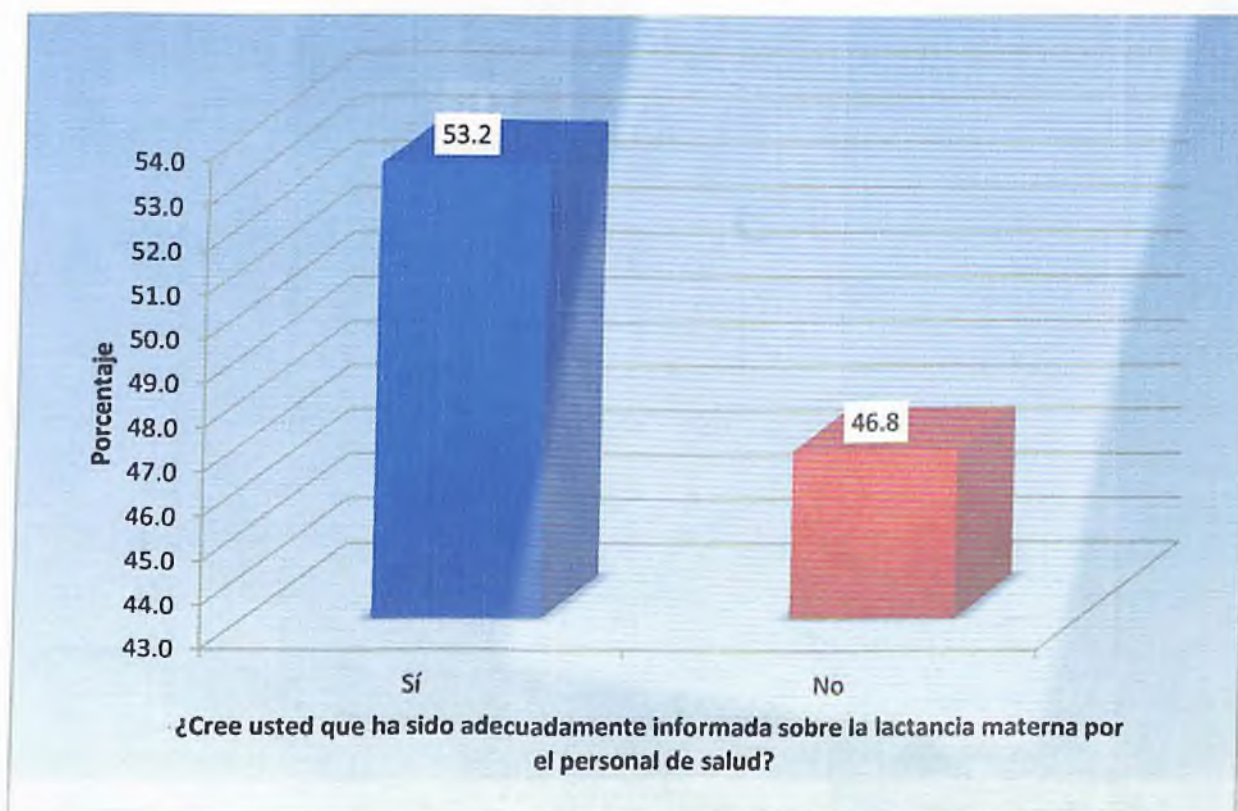
Fuente: tabla 8

Tabla 9.- Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016. Según percepción de la información.

¿Cree usted que ha sido adecuadamente informada sobre la lactancia materna por el personal de salud?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	33	53.2
No	29	46.8
Total	62	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 9



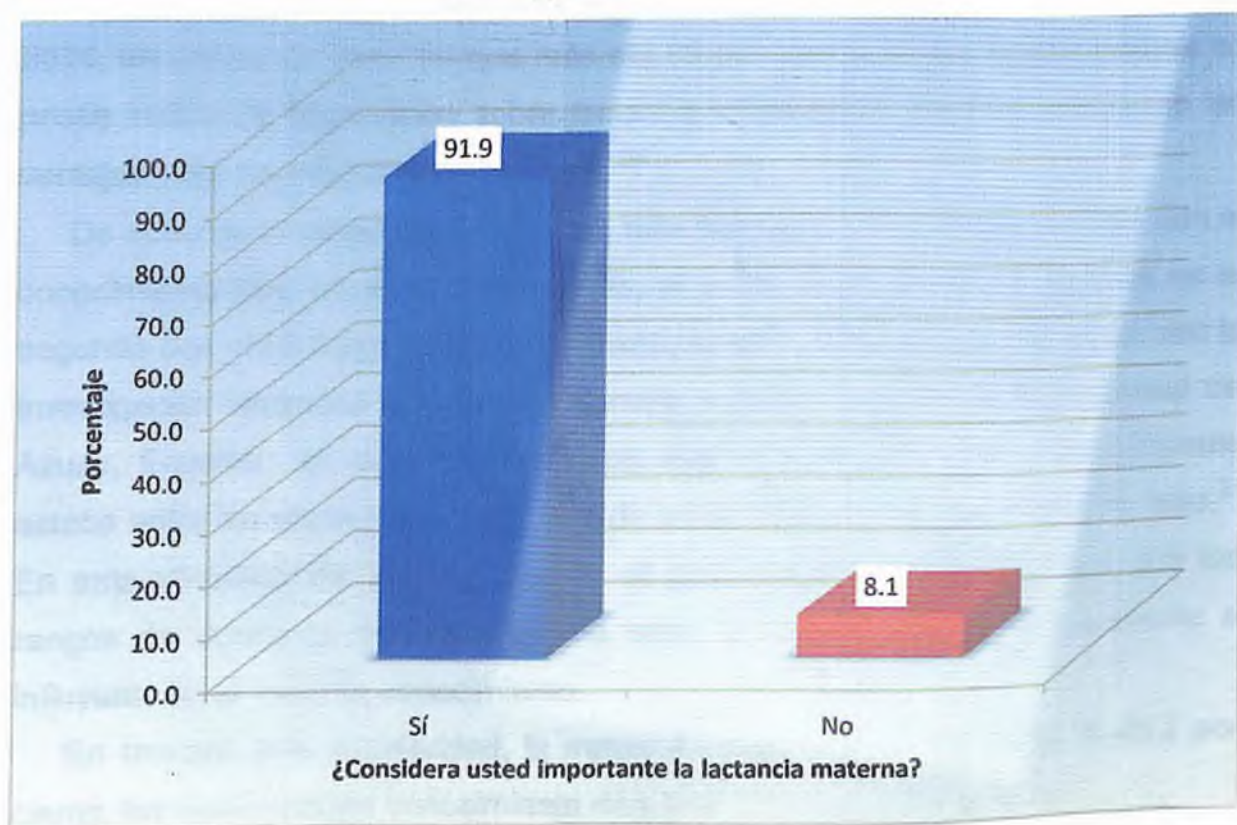
Fuente: tabla 9

Tabla 10.- Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Abril - Junio 2016. Según percepción de la lactancia materna.

¿Considera usted importante la lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	57	91.9
No	5	8.1
Total	62	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 10



Fuente: tabla 10

IX. DISCUSIÓN

El nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Juan Pablo Pina es muy bajo en el 85.5 por ciento de los casos. El nivel bajo 9.7 por ciento, y regular 4.8 por ciento.

Estos datos coinciden con la investigación realizada por Franco-Soto y Roa-Moreno y colaboradores en Caracas, Venezuela, en el año 2014, encontrándose que la mayoría de las embarazadas respondieron que han recibido información sobre lactancia materna y quieren amamantar a su hijo. Sin embargo, se pudieron observar dudas en el conocimiento sobre lactancia. Además coincide con el estudio realizado por Gorriña-Pérez y colaboradores en La Habana, Cuba, en 2014, en donde se encontró que más del 80 por ciento de las futuras madres no posee suficiente información sobre lactancia materna, la mayoría desconoce las ventajas y los beneficios de la misma.^{29,30}

De acuerdo al rango de edad, en el más frecuente es el de 14-16 años con el conocimiento bajo en el 32.3 por ciento, el rango de edad de 10-13 años es el segundo con el 33.9 por ciento y conocimiento bajo. Datos que concuerdan con la investigación realizada por Jorge Guerrero y Jorge Vera, en la Universidad de Azuay, Ecuador, en donde encontraron que el rango de edad más frecuente estaba entre los años de 18 a 19 años de edad, teniendo un conocimiento, bajo.³¹ En esta investigación al igual que en el presente estudio se encontró que los rangos de edad, se encontró que la edad no es un factor preponderante e influyente en el nivel de conocimiento.

En relación a la escolaridad, la mayoría cursa la secundaria con el 45.2 por ciento, las cuales tienen conocimiento muy bajo con el 40.3 por ciento.

En cuanto el estado civil, el más frecuente fue unión libre con el 50.0 por ciento, de las cuales el 38.7 por ciento de conocimiento bajo. Esta información coincide con la de Guerrero y Vera, en Ecuador, en donde la mayoría obtuvo de las madres estaban en unión libre.

En relación a la ocupación, el 88.7 por ciento eran estudiantes, de éstas el 75.8 por ciento tenían conocimiento muy bajo.

En relación al tipo de información recibida, el 68.3 por ciento afirmó haber recibido información, frente a un 31.7 por ciento que no.

La mayoría de la información recibida fue sobre el seno y fórmula, con un 33.9 por ciento. Seguido de solo seno con el 32.3 por ciento y otros con 3.2 por ciento. Un 30.6 por ciento no recibió información. El 53.2 por ciento de estas adolescentes entiende que la información ha sido de utilidad. Datos que coinciden con la investigación realizada por Rosabal Suárez en el 2004, para incrementar los conocimientos sobre lactancia materna en pacientes de intervención en el hogar, en las que cerca del 50,0 por ciento recibió información por parte de las encargadas del programa y que al final de la intervención todas las pacientes se capacitaron en los temas de lactancia materna.³²

El 91.9 por ciento de las adolescentes entiende que la lactancia materna es importante.

X. CONCLUSIÓN

1. El nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las adolescentes que acuden al Hospital Juan Pablo Pina es muy bajo en el 85.5 por ciento de los casos.
2. De acuerdo al rango de edad, en el más frecuente es el de 14-16 años con el conocimiento bajo en el 32.3 por ciento.
3. En relación a la escolaridad, la mayoría cursa la secundaria con el 45.2 por ciento, las cuales tienen conocimiento muy bajo con el 40.3 por ciento.
4. En cuanto el estado civil, el más frecuente fue unión libre con el 50.0 por ciento, de las cuales el 38.7 por ciento con el 38.7 por ciento de conocimiento bajo.
5. En relación a la ocupación, el 88.7 por ciento eran estudiantes, de éstas el 75.8 por ciento tenían conocimiento muy bajo.
6. En relación al tipo de información recibida, el 68.3 por ciento afirmó haber recibido información, en su mayoría información sobre el seno y fórmula. La mayoría de las adolescentes recibió información en la consulta prenatal en el 30.6 por ciento.
7. El 53.2 por ciento de estas adolescentes entiende que la información ha sido de utilidad.
8. El 91.9 por ciento de las adolescentes entiende que la lactancia materna es importante.

XI. RECOMENDACIONES

1. Se debe de incrementar la labor educativa e implementar los programas para mejorar el conocimiento en lactancia materna promocionando los innumerables beneficios de la leche materna para el niño y la madre.
2. Utilizar canales de comunicación que permitan y mejoren el diálogo entre el personal de salud y los usuarios de los servicios de salud.
3. Capacitación permanente del personal de salud en lactancia y alimentación complementaria a través de programas de educación continúa.
4. Sensibilizar y educar al personal de salud sobre la importancia, la empatía y la comprensión de las características psicológicas en la adolescencia para asegurar en mejor apego de salud.
5. Crear alianzas estratégicas con líderes de opiniones e instituciones que permitan y promuevan la continuidad de los proyectos.
6. Involucrar a la industria privada para la promoción de la lactancia en la adolescencia nombrando sus beneficios.
7. Implementar estrategias de capacitación en las escuelas sobre la importancia de la lactancia materna.
8. Involucrar a las juntas de vecinos en el tema de la lactancia materna.

XII. REFERENCIAS

1. Meneghello R, Julio; Fanta N, Núñez; Grau M, Martínez; Blanco, Osvaldo; *Pediatría Practica en Diálogos* ;1ra edición, Madrid, España; Editorial Médica Panamericana; Pag.187
2. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana (ENDESA 2013). Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) Santo Domingo, República Dominicana. Octubre de 2014. ICF International, Rocville, Maryland, E.E.U.U.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). *La Alimentación del Lactante y el Niño pequeño*. Washington, D.C., E.U.A. 2010.
4. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana (ENDESA 2013). Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) Santo Domingo, República Dominicana. Octubre de 2014. ICF International, Rocville, Maryland, E.E.U.U.
5. Caballero Ortiz Valentín, Caballero Ortiz Isabel, Ruiz González Mijaíl, Caballero Ortiz Antonio, Muchuli Caballero Yudelkis. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Dic 16] ; 17(3): 455-461. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300005&lng=es.
6. Boehs Astrid Eggert, Grisotti Márcia, Aquino Marly Denise Wuerges de. Rutinas familiares con lactantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2007 Oct [cited 2015 Dec 16]; 15(5): 902-908. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500004>.

7. Gorrita-Pérez R, Brito-Linares D, Ravelo-Rodríguez Y, Ruiz-Hernández E. Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Dic 16]; 20(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/184>
8. Meneghello R, Julio; Fanta N, Núñez; Grau M, Martínez; Blanco, Osvaldo; Pediatría Practica en Diálogos ;1ra edición, Madrid, España; Editorial Médica Panamericana; Pag.187
9. UNICEF. Lactancia Materna en República Dominicana. 2011
10. González S, Napoleón; Saltigeral S, Patricia; Macías P, Mercedes; Infectologíaneonatal. 2ª ed. México. 2007. Mc Graw Hill. Pág. 9
11. Afasiniev. "Manual de Filosofía". Lima-. Perú 2004. Disponible en: http://www.webdianoia.com/moderna/locke/locke_fil_conoc.htm
12. Felman, Robert. Desarrollo psicológico a través de la vida. 4ta edición. Pearson educación. México, 2007. Pág. 390
13. Adolescencia. Las distintas etapas de la adolescencia. Consultado el 4/12/2010, En: www.euroresidente.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm
14. Desarrollo psicológico. web de la asociación española de pediatría de atención primaria. Febrero, 2004. consultado el 4/12/2010 En: www.aepapp.org/pdf/psicologico.pdf
15. Consultado el 4/12/2010 www.escolres.net/files_trabajos/fie/pdf/biologia/el_adolescente_y_la_salud.pdf
16. Diccionario de medicina, océano MOSBY

17. Dueñas, Javier. El desarrollo humano y sus etapas. Consultado el 4/12/2010
www.slideshare.net/simple/el-desarrollo-humno
18. Grupo Océano. Diccionario de Medicina Océano Mosby. Editorial Océano. España. Pág. 792.
19. www.Lactancia Materna Técnicas, publicación,2010/lactancia materna
20. www.Lactancia Materna Técnicas publicación,2010/lactancia materna
21. Lactancia Materna, Revista Unicef.2^{da} Edición 2011.Pag 6.
22. www.Lactancia Materna Técnicas publicación,2010/lactancia materna
23. González S, napoleón Saltigeral S, Patricia; Macías P, Mercedes; Infectología neonatal. 2^a ed. México. 2007.Mc Graw Hill.Pag 9-10.
24. www.Lactancia Materna Técnicas publicación,2010/lactancia materna
25. Meneghello R, Julio; Fanta N, Núñez; Grau M, Martínez; Blanco, Osvaldo; Pediatría Práctica en Diálogos ;1ra edición, Madrid, España; Editorial Medica Panamericana; Pag.201-202.
26. http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/lactancia_materna.htm
27. [www.Lactancia _e_ Infertilidad _postparto.pdf](http://www.Lactancia_e_Infertilidad_postparto.pdf).
28. González S, Napoleón; Saltigeral S, Patricia; Macías P, Mercedes; Infectología neonatal. 2^a ed. México. 2007.Mc Graw Hill. Pág. 344-345.
29. Franco-Soto José, Roa-Moreno Betsabé, Sánchez Ludeimar, Socha Lorena, Leal Claudia, Parra Katherine et al . Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta prenatal: Hospital Dr. Patrocinino

Peñuela Ruiz. San Cristóbal, Venezuela. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2014 Sep [citado 2015 Dic 16] ; 77(3): 128-132. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000300005&lng=es.

30. Gorrita-Pérez R, Brito-Linares D, Ravelo-Rodríguez Y, Ruiz-Hernández E. Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Dic 16]; 20(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/184>

31. Rosabal Suárez Laritza, Piedra Cosme Belkis, Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna, Rev Cubana Enfermer (internet), 2004, v.20n.1, 1-6, disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100002.

32. Guerrero, J.; Vera, J. Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres Adolescentes. Tesis de grado. Universidad de Azuay. Ecuador, Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2778/1/09847.pdf>

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Actividades	Feb-16				Mar-16				Abr-16				May-16				Jun-16				Jul-16			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inicio curso de tesis	X	X	X																					
Elección de Tema				X																				
Asesoría	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X																
Elaboración de Anteproyecto									X	X														
Aprobación del Tema											X													
Recolección de Datos													X	X	X	X								
Tabulación																	X	X						
Análisis																			X	X	X			
Digitación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Impresión																							X	
Encuadernación																								X

XIII.2. Instrumento de recolección de datos.

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PINA, SAN CRISTÓBAL. ABRIL - JUNIO 2016

I. DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES.

1. Edad _____
2. Escolaridad _____
3. Estado civil _____
4. Ocupación
- a. Desempleado [] b. Empleado privado [] c. Empleado público []
- d. Estudiante [] e. Independiente [] f. Ama de casa []

II. CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

MARQUE CON UNA X LAS RESPUESTA QUE USTED CREA CONVENIENTE.

¿Cuánto tiempo puede dar leche materna a su hijo sin necesidad de incluir otros alimentos o líquidos? (Lactancia Materna Exclusiva)

1 AÑO		5 MESES	
3MESES		6 MESES	
4MESES		OTRO	

El calostro es:

El alimento que sale del pecho durante los primeros 2 a 3 días	
El nombre que recibe la bajada de la leche	
El peor alimento que sale del pecho, con menos defensas y nutrientes.	
No sé	

¿Cuántas veces debe mamar el/la niño/a recién nacido/a?

Cada tres horas	
Cada vez que el/la niño/a lo pida	
Cada vez que el/la niño/a lo pida, máximo cada tres horas	
Cada seis horas	
No sé	

¿A qué edad se debe incorporar otros alimentos al niño, además de la leche materna, (ejemplo: papillas/comidas)?

A los tres meses		Desde los seis meses	
A los cuatro meses		Al año	
A los cinco meses		Otros (especifique cual)	

¿Cuál o cuáles de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para Usted?

Es más barata	
Previene el embarazo	
Ayuda a bajar de peso	
Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto	
Previene el cáncer de mama y ovario	
Ayuda a crear lazos de amor con el hijo	
Todas las anteriores son correctas	
No sé	

¿Cuál o cuáles de estos beneficios tienen la lactancia materna exclusiva para su hijo/hija?

Lo protege de infecciones respiratorias (resfrió) y digestivas (diarrea)	
Ayuda en su crecimiento	
Crea lazos de amor madre e hijo	
Le proporciona a él/la niño/a la mejor nutrición	
Es más higiénica para el/la niño/a	
Todas las anteriores son correctas	
No sé	

¿Cuál o cuáles de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche?

Debe tomar abundante líquido	
Alimentarse sanamente	
Poner el/la niño/a al pecho	
Todas las anteriores son correctas	
No sé	

¿Cómo debe colocarse la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?

Con la mano en forma de C	
Con los dedos en forma de tijeras	
No importa la forma mientras se sienta cómoda	
No sé	

¿Sabe usted, cual es la mejor posición de la madre para amamantar a su hijo?

Sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados	
Acostada de lado en la cama	
No importa la posición, siempre que la madre y el niño estén cómodos	
No sé	

¿Sabe usted como colocar correctamente el niño al seno?

Tomar al niño en los brazos y pegarlo al abdomen	
Agarrar el seno y estimular los labios del bebe para que abra la boca	
Introducir en la boca del niño/a el pezón y la areola	
Todas las anteriores son correctas	
No sé	

¿Por qué es importante la colocación correcta del bebe al seno? (Puede escoger una o varias alternativas)

Porque no se produce grietas	
Porque no causa dolor en las mamas	
Permite una buena succión por parte del bebe	
Todas las anteriores son correctas	
No se	

Usted sabe que un niño/a no está satisfecho con el pecho materno, ¿cuándo?

Porque llora constantemente y no parece satisfecho	
Porque duerme por un periodo corto	
Porque el/la niño/a no sube de peso	
Porque el/la niño/a no duerme después de tomar el pecho	
Porque orina menos	
Porque el/la niño/a tiene menos energía.	
No sé	

¿Cuándo el/la niño/a tiene cólicos hay qué?

Dar remedios caseros y suspender la lactancia materna	
Caminar con el/la niño/a cargando del abdomen sobre el brazo	
Ponerle paños de agua tibia en la pancita	
Ir a la emergencia de un hospital	
Poner la barriga de el/la niño/a contra el cuerpo y hacerle masajes en la espalda para eliminar los gases.	
La primera, tercera y cuarta afirmación son correctas	
No sé	

¿Ante dolor y heridas en los pezones hay que:

Usar cremas cicatrizantes y lavarse los pezones antes y después de mamar	
Usar jabón, alcohol o agua con bicarbonato	
Después de cada mamada, sacar unas gotas de leche y ponerse sobre las grietas.	
Dejar las mamas al aire libre por 5 minutos y a la luz del sol dos veces al día	
Dejar de dar el pecho hasta que se curen las heridas	
Vaciar completamente las mamas y asegurar que el/la niño/a agarre bien el pezón tomando hasta la areola (toda la parte café del pezón)	
La primera, tercera, cuarta y sexta afirmación son correctas	
No sé	

Al amamantar a su hijo debe comenzar por:

El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo al ultimo	
El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo primero	
No tiene importancia, se puede iniciar con cualquiera de los dos	
No se	

III. ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

3.1. ¿Recibió usted información sobre la importancia de la lactancia materna?

a. SI b. NO

3.2 ¿Qué tipo de información recibió sobre la alimentación del niño?

a. Solo seno b. Seno y formula c. Formula y jugos d. Otros

3.3. - ¿A través de qué medios la adquirió?

a. Consulta prenatal b. Consulta de perinatología c. Programa de TV
d. Programa de Radio e. Material escrito (Libro, folleto, revista, afiches)
f. Familiares g. Vecinos h. Otros

3.4. ¿Cree usted que ha sido adecuadamente informada sobre la lactancia materna por el personal de salud? a. Si b. No

3.5. ¿Considera usted importante la lactancia materna?

a. Si b. No

XIII.3. Costos y recursos

XIII.3.1. Humanos*

- 1 sustentante
- 2 asesor (Clínico y metodológico)
- Personas que participaron en el estudio

XIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel Bond 20 (8 ½ x 11)	2 resmas	180.00	360.00
Papel en hilo	3 resmas	400.00	1,200.00
Lápices	3 docena	60.00	180.00
Bolígrafos	1 docena	120.00	120.00
Sacapuntas	5 unidades	10.00	50.00
Computador/ Hardware : Pentium IV 1.7 GHz; 280 MB RAM 100 GB H.D.; CD-ROM 52x Impresora HP 840c Scanner: HP 4200c CD-Writer Dell 12x Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office 2003 Internet Explorer 6.0 Epi-Info 3.3.2 for Windows Easy Cd Creator 7.0			
Cartuchos HP 15	2 unidades	1,200.00	2,400.00
IP 1000	3 unidades	1,200.00	3,600.00
HP Laser	2 unidades	1,900.00	3,800.00

XIII.3.3. Información

Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas			

XIII.3.4. Económicos

Papelería (copias)	1500 copias	1.00	1,500.00
Encuadernación	11 informes	200.00	1,800.00
Alimentación			2,500.00
Transporte			5,000.00
Tarjetas de llamadas			1,200.00
Imprevistos (10%)			1,000.00

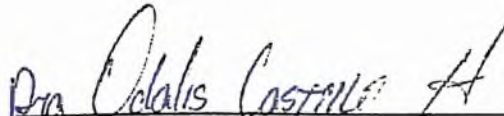
Total

\$24,710.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por la sustentante.

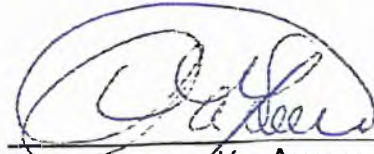
XIII.4. Evaluación


Sustentante:


Dra. Odalis Castillo Heredia

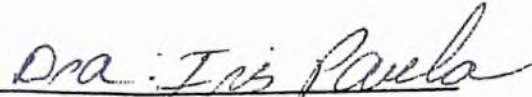
Asesores:

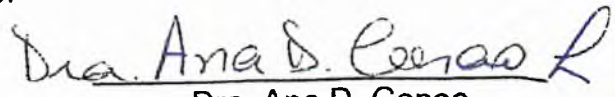

Dr. Rubén Darío Pimentel


Dra. Concepción Aurora Sierra


Dra. María Ortiz

Jurado:


Dra. Iris Paula


Dra. Ana D. Genao


Dra. Marisela Mesa

Autoridades:


Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL REGIONAL DOCTOR
UNIVERSITARIO JUAN PABLO PINA
Dr. Ervin David Jiménez
Coordinador


HOSP REGIONAL JUAN PABLO PINA
DEPART DE MED FAMILIAR Y COMUNITARIA
Dra. Iris Paula
Jefe Departamento


MINISTERIO DE SALUD
UNIVERSITARIO JUAN PABLO PINA
Dra. Concepción Aurora Sierra
Jefe de Enseñanza


Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de Posgrado


Dr. José Asilis Zaiter
Decano Facultad Ciencias de la Salud



Fecha de presentación 31 octubre 2016

Calificación 97