WWW.ASTROREYPERU.COM

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y SUS MITOS EN MADRES ADOLESCENTES POSTPARTO ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO GENERAL

AUTOR:

Xavier Andrés Ruilova Valle

DIRECTOR:

Dr. Marco Medina Sarmiento

LOJA – ECUADOR

2013

WWW.ASTROREYPERU.COM

CERTIFICACION

Dr. Marco Medina

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada **"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y SUS MITOS EN MADRES ADOLESCENTES POSTPARTO ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA",** de autoría del estudiante Xavier Andrés Ruilova Valle previa la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atte.

Dr. Marco Medina Sarmiento

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo, Xavier Andrés Ruilova Valle, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cedula: 1104871676

Fecha: 04 de Noviembre de 2013

Xavier Andrés Ruilova Valle

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Xavier Andrés Ruilova Valle declaro ser autor de la tesis titulada "**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y SUS MITOS EN MADRES ADOLECENTES POSTPARTO ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA",** como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera, en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los cuatro días del mes de Noviembre del dos mil trece. Firma el autor.

Firma

Autor: Xavier Andrés Ruilova Valle

Cedula: 1104871676

Dirección: Lojana de Turismo

Correo Electrónico: xavierandres100@hotmail.com

Teléfono: 2579455 Celular: 098430549

Datos Complementarios:

Director de tesis: Dr. Marco Medina Sarmiento

Tribunal de Grado: Medico General

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme brindado la vida y la salud, por permitirme llegar a cumplir una de mis metas; por siempre guiar mi camino, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A MIS MAESTROS Y MAESTRAS

Modelos de valor y sabiduría, por su ejemplo de profesionalidad, por su desinteresada, noble y generosa labor de transmisión del saber y sus acertados consejos y sugerencias.

A MIS PADRES

GINA y MANUEL, ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, por enseñarme el amor al estudio, por darme una carrea para mi futuro y por creer en mí.

A MIS HERMANOS

Manuel, Michelle y Steveen, gracias por su paciencia y apoyo, por formar parte de esta meta

A LA MEMORIA DE MI QUERIDO ABUELITO GONZALO QUE AUNQUE NO ESTÁ TANGIBLEMENTE A MI LADO, SU PRESENCIA ESPIRITUAL ME IMPULSA A CADA DÍA SER MEJOR

XAVIER ANDRES RUILOVA VALLE

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina Humana que ayudaron a mi formación universitaria.

A la dirección del Hospital Isidro Ayora y personal del servicio de Ginecología y Obstetricia, así como a las pacientes hospitalizadas en este servicio, por su valiosa colaboración en la recolección de la información.

Un Inmenso agradecimiento al Dr. Marco Medina Sarmiento, Director de Tesis, por su apoyo incondicional y desinteresado en la ejecución del presente trabajo, que me guio paso a paso con paciencia y dedicación.

Dr. Marco Medina Sarmiento gracias por su ayuda en la realización de este trabajo.

EL AUTOR

I. TITULO

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y SUS MITOS EN MADRES ADOLESCENTES POSTPARTO ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"

RESUMEN

Con la finalidad de determinar en grado de conocimiento de los beneficio y mitos de la lactancia materna en madres adolescentes se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal durante los meses de Abril-Septiembre del 2013 con 196 madres adolescentes de entre 15 a 18 años de edad del Hospital Isidro Ayora Loja en el servicio de Hospitalización de Ginecología, a las cuales se les realizo una encuesta acerca de la duración, componentes, beneficios, mitos y técnicas de lactancia materna obteniéndose los siguientes resultados: El 90% indico que la lactancia materna consiste en dar el seno al niño y en 70% le daba leche materna exclusiva a su hijo, en cuanto al nivel de conocimiento acerca de los componentes de la leche fue regular con un 48% y un 37% deficiente; en cuanto a la duración de la lactancia el 45% de las madres señalo 12 meses y el 27% 18 meses. En cuanto al nivel de conocimiento sobre los beneficios el 53% posee un nivel de conocimiento regular y un 28% malo y solo el 19% poseen un nivel de conocimiento bueno. El nivel de conocimiento sobre la técnica correcta de amamantamiento es malo con un 59% y el 41% buena. Ciertos mitos causantes de abandono de la lactancia son aceptados por las madres como verdaderos, siendo falsos, teniendo porcentajes elevados superiores al 50%.

SUMMARY

With the purpose of determining in grade of knowledge of the benefit and myths of the maternal nursing in adolescent mothers was carried out a descriptive study, traverse during the months of April-September with 196 adolescent mothers of among 15 to 18 years of the Hospital Isidro Ayora Loja in the Department of Hospitalization of Gynecology to which are carried out a survey about the duration, components, benefits myths and technique of the maternal nursing being obtained the following results. That 90% indicates that the maternal nursing consists on giving the breast to the boy and in 70% he/she gave milk maternal sole right to its son, as for the level of knowledge about the components of the milk was to regulate with 48% and 37 faulty%; as for the duration of the nursing 45% of the mothers points out 12 months and 27% 18 months. As for the level of knowledge about the benefits 53% possesses a level of regular knowledge and 28 bad and alone% 19% they possess a level of good knowledge. The level of knowledge on the correct technique of breastfeeding is bad with 59% and 41 good%. Certain causing myths of abandonment of the nursing are accepted by the mothers like true being false had percentages high superiors to 50%

II. INTRODUCCION

En la última década a nivel mundial, se ha vivido el abandono de la práctica de la lactancia materna como recurso natural imprescindible para la alimentación y el bienestar del niño. Diversos factores inciden en el desarrollo de esta mala práctica alimenticia; ya que la mujer se vio en la necesidad de ayudar a su pareja a sostener el hogar, esto la obligó a salir de casa en busca de trabajo y dinero, desencadenando que la lactancia materna pase a un segundo plano y las madres busquen otra alternativa para la alimentación de los niños. A partir de este momento, surge la llamada "Cultura del Biberón" y las empresas productoras de "Leches Maternalizadas". Es así como se inició una promoción masiva para convencer a las madres que las leches maternizadas producidas por las casas farmacéuticas eran iguales, o incluso superiores a la leche materna. (18)

A partir de la década de los años 30 en todos los países se ha observado que cuando es mayor el nivel cultural, y la población pasa de rural a urbana, disminuye la práctica de alimentación al pecho materno. Múltiples estudios nacionales e internacionales demuestran que ha existido una pérdida paulatina del habito de la lactancia natural en los países industrializados, y lo peor aún, en los países subdesarrollados debido a la gran diversidad de tipos de leche y a sus derivados industriales, como su amplia comercialización, conjuntamente con factores socioculturales, constituyen un hecho biosocial de proyecciones incalculables para el futuro de la humanidad. (19)

El restringir la toma de leche materna y sustituirla con otros productos antes de los seis meses, continúa siendo la práctica común que aumenta el riesgo de infecciones, alergias, intolerancia a los alimentos, desnutrición-obesidad y muerte en los menores. (19)

Según las estadísticas indicadas por “María del Carmen Santillán”, responsable del Departamento de Promoción y Fomento de la Dirección Nacional de Salud de Pichincha, dice que en la actualidad 4 de cada 10 madres ecuatorianas han dejado de dar de lactar a sus hijos antes de cumplir los seis meses de nacidos. En

18.- http://www.rena.edu.ve/buscador.html

19.- ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Promoción de Lactancia Materna Quito: MSP 2010

Ecuador, apenas un promedio del 29% de las madres alimenta a sus hijos exclusivamente con leche materna en los primeros seis meses de vida, la falta de conciencia e información incide en estas cifras, pero sobre todo repercute en la salud de los infantes. En nuestro país, el 80% de los niños nacidos vivos padece desnutrición y se estima que el 30% de ellos muere antes de cumplir los 5 años. Las infecciones diarreicas o respiratorias agudas son las principales enfermedades de los menores que no reciben la leche materna y que no tienen un sistema de defensas fortalecido. (19)

El Director Técnico de la Maternidad Enrique Sotomayor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Dr. Luis Torres, afirma que el amamantamiento depende del estado socio-económico de la madre, así el 90% de las mujeres de un estatus socioeconómico bajo da el pecho a sus hijos, mientras mejora su condición socio económica, esta se reduce. (20)

En las zonas rurales de la Sierra y la Amazonia, las cifras de madres Lactantes aumentan y el período de lactancia alcanza los 15 y 17 meses, mientras que en las mujeres lactantes de clase social alta la cifra es cada vez menor ya que argumentan que se les deforman los senos y que se ponen flácidos", comenta Torres. (20)

Cifras del Ministerio de Salud Pública de Ecuador 2009 indican que: muchas madres inician la lactancia en forma tardía, después de la primera hora de nacimiento. El inicio precoz de la lactancia beneficia solo al 27% de los niños ecuatorianos; en la costa el 23%; en la Sierra un 29% y en la zona Oriental el 36%.A los recién nacidos se les da agua azucarada, miel, aceite, etc., tanto en el hogar, como en los establecimientos donde dan a luz. Un gran número de niños recibe otros alimentos o bebidas, antes de los 6 meses y les quitan el seno en ocasiones con medidas drásticas, antes del año de vida. (19)

La investigación a realizarse, reviste gran importancia ya que permite identificar y determinar el conocimiento sobre lactancia materna y sus mitos en las adolescentes, en el Hospital Isidro Ayora de Loja.

19.- ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Promoción de Lactancia Materna Quito: MSP 2010
20.- ECUADOR: INNFA. Programa Creciendo con nuestros hijos. Folletos para mamas, papa y toda la familia realicen actividades con niños y niñas. Enero 2010 Ecuador 50p

Al realizar el análisis de la investigación se pudo observar que a pesar que un gran número de madres adolescentes indicaron que conocen los componentes que conforman la leche materna, un alto porcentaje de las madres poseen un nivel de conocimiento regular y malo. Al igual que sucede sobre el conocimiento de los componentes, la duración de la lactancia y los beneficios de la leche materna muestran niveles de conocimientos regulares, superiores al 50% de la muestra.

En cuanto a la técnica correcta de amamantamiento es preocupante el nivel de conocimiento deficiente en un gran número de madres, y, se observó además que muchos mitos erróneos se seleccionaron como verdaderos, los cuales eran causa de abandono de la lactancia.

A pesar de estos resultados un elevado porcentaje de madres opto por alimentar a sus hijos con leche materna.

Por las razones antes mencionadas me he propuesto el realizar el siguiente trabajo investigativo, teniendo como objetivo general determinar el nivel de conocimiento de los beneficios y mitos de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes postparto en el Hospital Isidro Ayora de Loja y en forma específica: 1) Identificar el nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva; 2) Identificar los mitos más comunes sobre la lactancia materna que provocan el abandono o la interrupción de la misma y 3) Determinar el nivel de conocimiento acerca del tiempo de duración de la lactancia y de la técnica de amamantamiento.

III. REVISION DE LITERATURA

ASPECTOS ANTROPOLOGICOS EN LA PRÁCTICA DEL AMAMANTAMIENTO

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, sin embargo en la sociedad ha permanecido invariable la tendencia a delegar esta función a medida que se accede a niveles altos de bienestar.(1)

La frecuencia de la succión está cada vez más aceptada la recomendación de dar el pecho a demanda, sin embargo no resulta extraño ver a madres aferradas a un horario restringiendo la toma nocturna o esperando a q el niño llore intensamente para ofrecer el pecho. Esta conducta se ve favorecida desde mediados del siglo XX, con la incorporación de la mujer al mercado del trabajo asalariado y el uso a gran escala de los sucedáneos de la leche materna (1)

En las sociedades tradicionales toda mujer sana es capaz de amamantar a sus hijos. Sin embargo la causa más frecuente en el mundo moderno es la falta de leche real o solo percibida, dicha carencia se ha transformado en una constante entre las mujeres del mundo industrializado. (1)

DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA

Según la OMS manifiesta “La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.”(2)

“La leche materna es la fuente perfecta de nutrición para los recién nacidos, ya que contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas. Igualmente, suministra enzimas digestivas, minerales, vitaminas y hormonas que requieren los niños. La leche materna también contiene valiosos anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a resistir las infecciones.” (2)

1.- **TALAYERO P. HERNÁNDEZ M**. Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica, Asociación Española de Pediatría. Sexta Ed. España: editorial Panamericana 2009

2. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009

La American Academy Of Pediatrics declara que la lactancia materna exclusiva es la nutrición ideal y suficiente para apoyar el crecimiento y el desarrollo óptimo del bebe durante los 6 primeros meses después del nacimiento y que la lactancia materna debe continuar al menos 12 meses, y a partir de entonces, durante tanto tiempo como lo deseen madre e hijo (2)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años (2)

CLASIFICACION DE LA LACTANCIA MATERNA

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios. (3)

Lactancia materna exclusiva:	**Lactancia materna, o de nodriza**	**Permite que el lactante reciba únicamente gotas o Jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).**
Lactancia materna predominante	Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento,	permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales)
Lactancia materna completa	Incluye a la lactancia materna exclusiva y Predominante.	
Alimentación complementaria:	Leche materna y alimentos sólidos o líquidos	Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana

2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009
3.- OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

Lactancia materna	Alimentación por leche de Madre	
Lactancia de biberón	Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón	Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana(3)

EPIDEMIOLOGIA DE LA LACTANCIA MATERNA

LACTANCIA MATERNA EN LOS PAISES RICOS

La lactancia materna protege contra las diarreas. En Estados Unidos, Finlandia y escocia los niños alimentados con biberón tienen una incidencia de diarreas entre el 20 y 70% superior a la de niños alimentados al pecho. Es más evidente en los primeros 6 meses, disminuye en el segundo trimestre y desaparece a los 12 meses de vida. (4)

La protección que aporta contra las infecciones respiratorias se ha estudiado en Suecia, Noruega, Canadá, estados unidos, Australia, Italia, Escocia, Dinamarca y Nueva Zelanda. Los niños con alimentación artificial tienen entre un 20 y un 120% más de riesgo de sufrir infecciones respiratorias, en comparación con los niños alimentados al pecho en función de la duración y de exclusividad de la lactancia. Incluso tiene una probabilidad hasta de tres veces mayor de ser hospitalizados por estas razones. (4)

En estados unidos las tasas de inicio de la lactancia materna y de la prevalencia a los 6 meses eran del 69,5% y el 32,5% respectivamente, en el año 2001; desde 1996 va en aumento a razón de un 2% anual. Las tasas de lactancia materna exclusiva eran también para ambas mediciones del 46 y 17%.

En Canadá en el año 1990 la tasa de inicio era aproximadamente del 75% bajaba al 50% a los 3 meses y se reducía al 30% a los 6 meses. (4)

4.-AGUILAR CORDERO M. J. Lactancia Materna. Primera Ed. Madrid España: editorial Elsevier 2010

LACTANCIA MATERNA EN LOS PAISES POBRES

Los riesgos de a la alimentación artificial presentan efectos más trágicos en los países pobres, porque se añaden a otros riesgos, como la falta o escasez de agua potable, las deficientes condiciones higiénicas del biberón y de su preparación, una desnutrición generalizadas, la transmisión de enfermedades infecciosas un acceso limitado a los cuidados de salud y a su tratamiento y con un carácter general la falta de educación y la pobreza incrementados el riesgo de morbilidad y de mortalidad. (4)

En los niños alimentados con biberón, el riesgo de diarrea se triplica en el primer año de vida y llega a multiplicarse por 5 en los 6 primeros meses. La mortalidad por diarrea puede ser hasta 25 veces superior con un gradiente que aumenta conforme disminuye la duración y la exclusividad de la lactancia materna para llegar a un máximo entre los niños alimentados exclusivamente con biberón.

La OMS estima de un total de 94 países, el 65% de la población de niños menores de 12 meses presentaba una tasa de lactancia materna exclusiva entre 0 y 4 meses de alrededor del 35%, (5)

En el Ecuador según resultados de la encuesta ENDEMAIN realizada en los años 2004, se encontró que el porcentaje de niños que lactaron es del 97%, el inicio de la lactancia en la primera hora de nacido fue del 26% y en el primer día de nacido del 74%

De acuerdo a indicaciones de la OMS, a nivel nacional se tienen los siguientes datos: niños de 0-3 meses de edad que no están lactando 2%, no están lactando la edad de 0 a 5 meses un 4%, lactancia exclusiva en niños de o a 5 meses de edad 40%. Lactancia predominante en niños de 0 a 5 meses de edad un 18%, lactancia complementaria con otros alimentos en niños de 6 a 9 meses un 77%, lactancia continúa en niños de 12 a 15 meses de edad un 62% y lactancia continúa para niños de 20 a 33 meses un 23%. (5)

4.-**AGUILAR CORDERO M. J.** Lactancia Materna. Primera Ed. Madrid España: editorial Elsevier 2010
5.- **AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M**. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

La **Ministra de Salud Pública, Carina Vance,** destacó que en el 2012 se incrementó la lactancia materna exclusiva al 43% y que una de las 8 metas incluidas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017 es el incremento al 64% de la lactancia materna exclusiva. Expuso que el MSP fomenta el apego precoz entre la madre y el recién nacido; salas de apoyo a la lactancia materna en lugares de trabajo; bancos de Leche Humana. Al momento existen 7 centros en el país. (17)

COMPOSICION Y BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

TIPOS DE LECHE

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura y leche del pretérmino.

CALOSTRO.

Durante el último trimestre de la gestación, la glándula mamaria acumula en el lumen de los alvéolos una substancia llamada precalostro, formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. (5)

Durante los primeros 4 días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20 ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. (5)

El calostro tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, PTH y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos que la leche madura. El contenido en minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, selenio, manganeso y potasio también es superior en el calostro (5)

5.- AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

17.http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=985:msp-destaca-la-lactancia-materna-&catid=297:events&Itemid=360

El calostro tiene un contenido muy elevado en inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos, El calostro está adaptado a las necesidades específicas del neonato porque sus riñones inmaduros no pueden manejar grandes cantidades de líquidos y además facilita la evacuación de meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. Contiene enzimas intestinales que ayudan en la digestión. (7)

LECHE DE TRANSICION

Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600- 700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura (5)

LECHE MADURA

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto

LECHE DEL PRETERMINO

Las madres que tienen un parto pretérmino, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro.

Tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. Los niveles de minerales son parecidos a los del término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, los niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA son superiores en la leche del prematuro. Esta es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del término. (6)

5.- AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

7.- AYELA M.R. Lactancia materna. Alicante, España: editorial club universitario. 2009.

Componente		Calostro	Leche madura
Energía	Kcal	58	70
Total de solidos	g	12.8	12
Lactosa	g	5,3	7.3
Nitrógeno total	Mg	360	171
Nitrógeno proteico	Mg	313	129
Proteína total	g	2,3	0,9
Caseína	Mg	140	187
Alfa lactoalbumina	Mg	218	161
Lactoferrina	Mg	330	167
IgA	Mg	364	142
Aminoácidos			
Alanina	mg	----	52
Arginina	mg	126	49
Cistina	mg	----	25
Histidina	mg	57	31
Leucina	mg	221	110
Lisina	mg	163	79
Treonina	mg	148	58
Valina	mg	169	90
Taurina	mg	----	8
Urea	mg	10	30
Creatinina	mg	----	3.3
Grasas totales	g	2,9	4,2
Ácidos grasos (% del Total)			
Láurico	%	1,8	5,8
Palmítico	%	26,2	21
Esteárico	%	8,8	8
Oleico	%	36,6	35,5

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

Linoléico	%	6,8	7,2
Colesterol	mg	27	16
Vitaminas liposolubles			
Vit A- retinol	Ng	89	47
Beta Caroteno	Ng	112	23
Vit D	Ng	---	0,004
Vit E	Ng	1280	315
Vit K	Ng	0,23	0,21
Vitaminas hidrosolubles			
Tiamina	Ng	15	16
Riboflavina	Ng	25	35
Niacina	Ng	75	200
Ácido fólico	Ng	---	5,2
Vit B 12	Ng	200	26
Ácido ascórbico	Ng	4,4	4
Vit B 6	Ng	12	28
Minerales			
Calcio	Mg	23	28
Magnesio	Mg	3,4	3
Sodio	Mg	48	15
Potasio	Mg	74	58
Cloro	Mg	91	40
Fosforo	Mg	14	15

Volumen. Su volumen promedio es de 700-900 ml/día en los primeros 6 meses de postparto y de 600 ml en el segundo semestre

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

Contenido energético. De 68-74 Kcal /100 ml. (6)

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

BENEFICIOS PARA EL NIÑO

Las proteínas de la leche humana son una fuente importante de aminoácidos necesarios para el rápido crecimiento del lactante. Pero además, muchas de ellas son funcionales, es decir, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune, defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo del intestino. (6)

El suero tiene un gran contenido en alfa-lactoalbúmina, que juega un papel importante en la síntesis de lactosa y es fuente de aminoácidos esenciales, especialmente triptófano, lisina y cistina. La Lactoferrina, proteína que compite con las bacterias por el hierro que ellas necesitan, determina una acción bacteriostática, especialmente contra la E. coli. Se encuentra en menor concentración en madres desnutridas (5)

La caseína forma un coágulo más blando y digerible y su concentración es menor que en la leche bovina. Es considerada una prohormona con acción inmunomoduladora. Libera un componente que participa en la creación del Lactobacillus Bífidus, de importancia para la formación de la flora intestinal. (5)

Contiene taurina que es un aminoácido libre derivado de la cisteína, que el recién nacido no es capaz de sintetizar y se encuentra en grandes cantidades en el tejido nervioso y en la retina madura. (5) .Su función es conjugar ácidos biliares, interviene en el sistema nervioso central y actúa como modulador del crecimiento y estabilizador de las membranas. . (6)

Existe un eslabón entero mamario: el antígeno entra en contacto con el intestino, sensibiliza el sistema linfático local, los linfocitos se vierten a la circulación entero

5.- **AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M**. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

mamario hasta la glándula mamaria donde comienzan a formar anticuerpos (inmunoglobulinas). Un proceso similar ocurre con los antígenos respiratorios (6)

El neonato inmunológicamente inmaduro al tomar calostro recibe inmunidad contra antígenos ambientales a los que está expuesto. Se han descubierto hasta el momento anticuerpos específicos contra: Escherichiacoli, Vibrio Cholerae, Salmonella tiphymurium, Shiguella, Estreptococos grupo B, Neumococos, KebsiellaPneumoniae, HaemophillusInfluenzae, Rotavirus, Virus sincicial respiratorio, Virus de polio y de rubéola. (5)

Actividades relacionadas con la digestión:

- La lipasa estimulada por las sales biliares ayuda a la digestión de los lípidos (30-40% en recién nacidos), particularmente en pretérmino.
- Amilasa: compensa la baja amilasa pancreática y salivar del recién nacido, es estable a PH ácido y a la degradación por pepsina, y colabora en la digestión de los carbohidratos complejos.
- Alfa-1-antitripsina: inhibidor de las proteasas, evita la degradación de la lactoferrina y otras proteínas funcionales.(7)

Actividades relacionadas con la absorción:

- Beta-caseína es una proteína altamente fosforilada y la más abundante de las caseínas. Durante su digestión se forman fosfopéptidos solubles que ligan el calcio y el zinc facilitando su absorción.
- Lactoferrina: facilita la captación del hierro por las células intestinales. Una elevada proporción del hierro de la leche está unido a lactoferrina.
- Haptocorina (proteína transportadora de la vitamina B12): casi toda la vitamina B12 está ligada a esta molécula, que favorece su absorción y que tiene también actividad antibacteriana.
- Proteína transportadora de folatos: facilita su absorción y es estable a PH ácido.

5.- **AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M**. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

7.- **AYELA M.R.** Lactancia materna. Alicante, España: editorial club universitario. 2009.

- Alfa-lactoalbúmina: tiene un efecto favorecedor de la absorción de minerales de la leche ligando Ca y Zn.
- Proteínas transportadoras de IGFI y IGFII, que les protegen de la digestión y prolongan su vida media.(7)

Actividades antimicrobianas de las proteínas:

- Inmunoglobulinas: en la leche materna se pueden encontrar diferentes inmunoglobulinas séricas, pero la más importante es la IgA secretora (IgAs), que es resistente a la proteólisis intestinal. Sus concentraciones son muy altas al principio de la lactancia (1-2 g/L) y se mantiene entre 0,5 y 1 g/L hasta el 2º año. La inmunidad de la madre contra algunos patógenos se transfiere al niño a través de la IgAs (eje entero-mamario).
- Lactoferrina: también muestra una intensa capacidad bactericida frente a ciertos patógenos.(7)
- Lisozima: es uno de los principales componentes de las proteínas del suero, degrada la pared bacteriana de los Gram positivos. Bactericida contra Gram negativos actuando sinérgicamente con la lactoferrina. (7)
- Kapa-caseína: es una subunidad menor de la caseína humana que evita que se adhieran las bacterias a la mucosa intestinal, actuando como un análogo del receptor
- Lactoperoxidasas: bactericidas en tracto digestivo superior
- Haptocorrina: también inhibe el crecimiento bacteriano.
- Lactoalbúmina: en su digestión se forman polipéptidos con capacidad bactericida. (7)

Estímulo de la flora intestinal beneficiosa:

- La flora intestinal de los niños alimentados al pecho es diferente de los alimentados con lactancia artificial, en la que predominan bacterias potencialmente patógenas. La N-acetilglucosamina (factor bifidus) y otros oligosacáridos estimulan la formación de lactobacilos y fidobacterias. Hay

7.- **AYELA M.R.** Lactancia materna. Alicante, España: editorial club universitario. 2009.

también péptidos procedentes de la degradación de la lactoferrina y de la IgA, que tienen un efecto bifidógeno muy potente.(5)

Inmunocompetencia:

- Las citoquinas: la leche humana contiene varias citoquinas como la interleucina 1beta, IL6, IL8, IL10, TNFalfa y TGF-beta, todas con papel inmunomodulador, la mayoría son antiinflamatorias y disminuyen los efectos perjudiciales de la infección.(5)

Desarrollo del intestino y sus funciones:

- Factores de crecimiento: la IGF-1 y el factor de crecimiento epidérmico (EGF) se encuentran en la leche humana. Estimulan el crecimiento y maduración del tracto gastrointestinal.
- Lactoferrina: también tiene efecto mitogénico, estimula en especial las células de las criptas.
- Peptidos procedentes de la digestión de la caseína, algunos tienen actividad antitrombótica, antihipertensiva y opioide.(6)

La síntesis de lactosa es esencial en la producción de leche, ya que proporciona la fuerza osmótica necesaria para la formación del fluido. Mientras, la lactosa-sintetiza sintetiza lactosa, roba agua de la circulación materna y forma el componente acuoso de la leche. Esto produce deposiciones blandas, características del niño amamantado, que facilitan la absorción de calcio, hierro, manganeso, magnesio y otros minerales. (7)

La alta concentración en lactosa promueve la colonización intestinal por el lactobacilos bifidus, flora fermentativa que mantiene un ambiente ácido en el intestino, inhibiendo el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. La N-acetil-glucosamina-factor bífido estimula el crecimiento del lactobacilo. (8)

5.- **AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M**. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

7.- **AYELA M.R.** Lactancia materna. Alicante, España: editorial club universitario. 2009.

El factor lactobacillus bifidus (factor bífido) es un carbohidrato (aminoazúcares) que contiene nitrógeno, necesario para el mantenimiento de la flora intestinal del bebe dando prevalencia al L. bifidus que inhibirá el crecimiento de bacterias (E. Coli y Shiguella). (8)

.

El ácido siálico es un nutriente condicionalmente esencial, que confiere ventajas en el neurodesarrollo de los niños alimentados al pecho. La mayor parte del ácido siálico de la leche humana está unido a oligosacáridos (70-75%), una fracción menor unida a glicoproteínas (21-28%) y sólo un 3% en forma libre. Las concentraciones de ácido siálico en la corteza cerebral frontal de lactantes era 22-32% superior entre los alimentados al pecho, que entre los de fórmula. Favorece la sinaptogénesis y la diferenciación neuronal. (9)

Algunos oligosacáridos se adhieren a los receptores de las células de las membranas de faringe y tubo digestivo, impidiendo la adherencia de ciertas bacterias patógenas: E. coli enterotoxigénico y ureopatogénico, Campilobacter jejuni, Streptococus pneumoniae, E. coli enteropatogénico, Haemofilus influenzae y otros. Los niveles de estos compuestos en la leche de vaca o fórmula son entre 20 y 30 veces menores. Es uno de los motivos por lo que los lactantes alimentados al pecho tienen infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias menos severas. (5)

Los gangliósidos contribuyen en las defensas ligando las toxinas bacterianas. La colina es un constituyente esencial de la membrana fosfolípido y un neurotransmisor. Los recién nacidos tienen una gran demanda para el cerebro y el hígado. (6)

La leche humana es rica en ácidos grasos esenciales (poliinsaturados) agrupados bajo el nombre de omega 3 como el linolénico, a su vez precursor del ácido docosahexanoico (DHA) y el eicosapentanoico (EPA), los cuales participan en el desarrollo del sistema nervioso central y en la agudeza visual (principalmente el

8.- AGUAYO J. La lactancia materna. Sevilla, España: editorial universidad de Sevilla, secretariado de publicaciones.2010

9.- DELGADO X. SALAZAR S. Nutrición pediátrica. Sociedad venezolana de puericultura y pediatría. Venezuela: editorial Panamericana.2009

DHA). El ácido araquidónico (AA) y el docosahexaenoico (DHA) son esenciales, ya que no pueden ser sintetizados suficientemente por el recién nacido a partir del linoleico (LA) y linolénico (ALA). La leche humana siempre es rica en estos ácidos grasos, mientras que la de vaca y fórmula son deficitarias. Por eso los lactantes alimentados al pecho tienen mayores niveles de AA y DHA en sus eritrocitos que los de fórmula. Tienen mejor agudeza visual y desarrollo cerebral. (5)

También encontramos ácidos grasos omega 6 como el ácido linoleico que representa entre el 8 a 16 % de los ácidos grasos que también participa en el desarrollo del sistema nervioso y es precursor del ácido araquidónico. El mismo es a su vez precursor de hormonas (prostaglandinas), tromboxanos y leucotrienos. Los ácidos grasos omega 3 y 6 son esenciales porque no pueden ser producidos por el organismo. (6)

La leche materna contiene lipasas, una enzima que facilita la digestión de los lípidos. La lipasa está inactiva en la glándula mamaria y en el estómago del bebe y se activa al llegar al intestino del bebe ante la presencia de sales biliares. La lipasa juega un rol importante en la producción de lípidos antimicrobianos. (5)

La leche materna contiene todos los minerales que él bebe necesita. Si bien las concentraciones de minerales en la leche materna es mucho menor que la leche de vaca, el coeficiente de absorción de los mismos es muy alto. (10)

Zinc: es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas, para el crecimiento y el desarrollo de la inmunidad celular. Tiene mucha mejor biodisponibilidad que la fórmula. (10)

Selenio Es un nutriente esencial ya que forma parte del sistema del glutatión peroxidasa, que defiende del daño oxidativo.

5.- AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

Yodo: muchas fórmulas para lactantes tienen un contenido demasiado bajo en yodo que podría condicionar un hipotiroidismo transitorio en el niño, especialmente en el prematuro. El contenido de la leche materna es adecuado a sus necesidades, salvo cuando la madre utiliza povidona yodada u otros yoduros que pueden alterar la función tiroidea, ya que se absorben por piel y se concentran en la glándula. (11)

Sodio: sus niveles son más bajos que los de potasio y cloro, como ocurre en los fluidos corporales. No dependen de la ingesta materna y varían a medida que progresa la lactancia.

El contenido bajo de minerales (principalmente sodio, potasio y cloruros) promueve el buen funcionamiento renal del bebe favoreciendo la capacidad metabólica del recién nacido. (12)

Vitaminas

Los valores de vitamina K son mayores en el calostro y en la leche de transición en comparación con la leche madura. Luego de un par de semanas, es la flora intestinal la que sintetiza vitamina k en él bebe a partir de la 2 semana de nacer. (12)

La tiamina es esencial en el metabolismo de los carbohidratos en el sistema muscular y nervioso. La concentración de vitamina B12 es muy baja, pero es muy biodisponible gracias a su factor específico de transferencia, la Haptocorina. Su déficit produce anemia y daño en el sistema nervioso. Las madres vegetarianas pueden necesitar un suplemento de vitaminas del grupo B durante la lactancia.

Ácido fólico: esencial para la síntesis de hemoglobina, aminoácidos, DNA yRNA. Su déficit produce anemia (6)

La vitamina C, interviene en la formación de los tejidos, sobretodo conectivo y vascular. (12)

10.- RODRÍGUEZ U. GAVIRIA M. Guías de pediatría practicas basadas en la evidencia. Segundo Ed. Bogotá, Colombia: Editorial Medica Internacional Panamericana. 2009. Capítulo 2

11.- JUEZ G. FAJARDIN N. Y COLABORADORES. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Manual de lactancia. Segunda edición. Chile. 2010.

12.- RIVAS C. CASAS C Y COLABORADORES. Guía de lactancia Materna. Gobierno de Aragón. Departamento de salud

La lisozima en una enzima antibacteriana, la más abundante, y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la flora intestinal. Posee también propiedades anti-inflamatorias. (5)

La lipasa es otra enzima importante de la leche materna. Se encuentra activa en el tracto gastrointestinal y es estimulada por las sales biliares facilitando la digestión, produciendo ácidos grasos libres y glicerol. Es por ello que los bebes que son alimentados con leche materna tienen una alta absorción de grasas. Así mismo esta liberación de ácidos grasos libres tiene un efecto protector contra bacterias, virus y protozoos por su acción antimicrobiana. La lipasa es responsable de la inactivación del parásito Giardia Lamblia (6)

Se pueden detectar todas las hormonas maternas en la leche humana, aunque se desconoce su papel en el niño. Algunas de ellas se concentran en la glándula mamaria y tienen niveles superiores en la leche que en el suero materno, como prolactina, oxitocina, esteroides suprarrenales y ováricos, GnRH, GRF, insulina, somatoestatina, calcitonina, PTH, neurotensina. Mientras otras, como TSH, TRH y T3 se detectan en valores inferiores.(12)

La leptina no se forma sólo en el tejido adiposo del lactante sino que también procede de la leche. No parece tener relación con la adiposidad del lactante. No varía con la edad gestacional, el sexo, ni el peso al nacimiento. La pasteurización la destruye, sus valores son indetectables en la fórmula. Es una hormona anti obesidad, modula la regulación de energía durante períodos de ayuno. (12)

Factores de crecimiento

Son péptidos hormonalmente activos que ejercen sus acciones localmente estimulando la síntesis de RNA, DNA, la proliferación celular, el crecimiento y maduración del intestino y de otros órganos.

5.- **AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M**. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 201

12.- **RIVAS C. CASAS C Y COLABORADORES**. Guía de lactancia Materna. Gobierno de Aragón. Departamento de salud

Algunos son muy abundantes en la leche humana. Tienen un potente efecto trófico sobre las células intestinales inmaduras y juegan un papel en la adaptación perinatal del intestino. Resisten la proteólisis y tienen receptores específicos en órganos y tejidos. No existen en las fórmulas (7)

IGF1, FGF (factor estimulante de los fibroblastos), HGF (factor estimulante delos hepatocitos) TGF-alfa (factor transformador del crecimiento alfa) y EGF (factor de crecimiento epidérmico) estimulan el crecimiento y maduración del tubo digestivo. Sus niveles son mayores en el calostro que en la leche madura. Son importantes en el prematuro. Previenen la enterocolitis necrotizante.

La eritropoyetina de la leche humana estimula la eritropoyesis, la inmunidad, la maduración del SNC y del intestino. Sus niveles aumentan lentamente durante los primeros meses de lactancia. (6)

Beneficios Emocionales Madre-Hijo

Dar el pecho es agradable. Para la mayoría de las mujeres lo es desde los primeros momentos. Otras, en cambio, tienen que superar algunas dificultades. Pero si reciben el apoyo necesario, descubren que amamantar es fácil y placentero.
La oxitocina disminuye la respuesta al estrés y ayuda a integrar las interacciones psicológicas entre madre y bebé. Quizá por esta razón la depresión posparto retrasa su aparición a los nueve meses en las culturas en donde la lactancia materna es la norma, mientras que donde predomina la lactancia artificial se manifiesta sobre los 3 meses. (14)

Beneficios Odontológicos

La lactancia ayuda al desarrollo correcto de los músculos faciales y los huesos maxilares del bebé. Cuando se produce la salida de los dientes de leche o dentadura primaria, los músculos de la cara, lengua y la forma de los maxilares juegan un papel muy importante en la posición de los dientes permanentes, aunque éstos aparecerán en la boca solamente varios años más tarde.

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010
7.- AYELA M.R. Lactancia materna. Alicante, España: editorial club universitario. 2009.
14.- CABRERA, G.; J. MATEUS; S. GIRÓN. 2004. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2009. Colombo. Med

Evita las caries del biberón. Son caries muy destructivas que se producen por contacto prolongado de los dientes del bebé con los líquidos del biberón: leche o zumos. (14)

BENEFICIOS PARA LA MADRES

RECUPERACIÓN UTERINA POSTPARTO Y DISMINUCIÓN DEL SANGRADO

El momento ideal para el inicio de la lactancia materna es en el postparto inmediato, a ser posible durante las 2 primeras horas de vida del neonato, momento en que el bebé se encuentra más reactivo. La succión del pezón, por una vía cerebral, de tipo opioide, produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre la matriz, provocando su contracción. Esto facilita el cierre de los capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuye el sangrado posterior al parto. Las sucesivas descargas de oxitocina en las tomas siguientes producen nuevas contracciones de útero en forma de "entuertos con lo que éste recupera más pronto el tono y tamaño anteriores (14)

MEJORA DE LA ANEMIA Y AUMENTO DE RESERVAS DE HIERRO

El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal, contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. Además, durante varios meses, la acción de la lactancia sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, inhibe la ovulación, por lo que no hay menstruación, lo que contribuye a un importante ahorro de hierro.(14)

METABOLISMO DEL CALCIO OPTIMIZADO

Otro cambio especial en el metabolismo materno ocurre en relación con el calcio. Durante la lactancia, el metabolismo cálcico se acelera, produciéndose una movilización de los depósitos óseos del mismo. Aumenta la calcemia para que sea

14.- **CABRERA, G.; J. MATEUS; S. GIRÓN**. 2004. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2009. Colombo. Med

mayor su disponibilidad a nivel mamario, para la producción de leche. Sin embargo, se produce un aumento de la absorción del calcio y a largo plazo, a pesar de este aparente incremento del gasto de calcio y de su remoción del tejido óseo, las mujeres que dan el pecho mucho tiempo ven disminuida la probabilidad de sufrir fracturas de cadera o de columna espinal en la postmenopausia.(15)

DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER

Amplios estudios poblacionales han demostrado una disminución del riesgo de padecer cáncer de mama premenopáusico hasta en un 4,3% por cada 12 meses de lactancia materna, a la que se sumaría un 7,0% por cada nacimiento. En los países industrializados, el riesgo de cáncer de mama es mayor debido a la baja tasa de fertilidad de las mujeres y a los cortos períodos de amamantamiento.
También se ha observado una disminución del riesgo del cáncer de ovarios.(15)

VENTAJAS ECONÓMICAS

Dar el pecho supone un importante ahorro económico dado el alto precio de los sustitutos de leche materna y todos los artículos que rodean la alimentación artificial. Un año de lactancia materna supone un ahorro aproximado de 885 dólares. .
Los bebés que toman el pecho enferman menos. Esto supone por lo tanto menor gasto en consultas médicas, estancias hospitalarias y fármacos. (5)

Mitos o creencia culturales

Una madre que amamanta debe ingerir gran cantidad de líquidos

Esta es la recomendación más extendida en todo el mundo. El tipo de líquido recomendado varía en cada lugar según las propiedades lactagogas que se les atribuye. Es cierto que las mujeres que amamantan tienen más sed, pero no se ha

14.- **CABRERA, G.; J. MATEUS; S. GIRÓN**. 2004. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2009. Colombo. Med
15.- **CARVAJAL M.E**. La alegría de amamantar, guía práctica para la lactancia. Bogotá-Colombia: Grupo editorial norma 2010

demostrado que forzar la ingesta de líquidos más allá de lo que demanda el organismo sirva para fabricar más leche. Y por el contrario, obliga a la madre a depender de un baño próximo para poder orinar a menudo. (5)

Leche.

Se basa en la suposición de que la mejor forma de reponer los nutrientes que pierde la madre al fabricar leche, es tomar también leche. Curiosamente, en ninguna especie de mamíferos las madres consumen leche mientras amamantan, aunque fabriquen grandes cantidades. La mejor forma de mantener bien nutrida a una madre lactante es mediante una dieta variada. No tiene ninguna justificación forzarla a tomar leche si no le gusta (6)

Cerveza.

También se trata de una recomendación frecuente en todo el mundo. Hay trabajos que demuestran que la cerveza estimula la liberación de prolactina. El efecto estimulador no depende del alcohol, sino de un polisacárido de la cebada, ya que también lo produce la cerveza sin alcohol. (5)

Infusiones.

El efecto sobre la producción de leche es empírico, basado en “sensaciones” de las madres que las consumen y es posible que parte del supuesto efecto positivo dependa en realidad de los efectos euforizantes que provocan en las madres.

En algunos lugares se aconseja ingerir enormes cantidades de estas mezclas, lo que aumenta la posibilidad de efectos secundarios. La aceptación universal de este tipo de prácticas demuestra la inseguridad de las madres de todas las partes del mundo en su capacidad de lactar y reafirma la importancia del apoyo por parte del entorno familiar y profesional. (5)

5.- **AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M**. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

Alimentos.

Unos se recomiendan por su contenido en calcio, otros por su riqueza calórica y otros porque aumentan la necesidad de la madre de tomar líquidos. Ninguno tiene un efecto comprobado sobre la producción de leche. No hay inconveniente en consumirlos siempre que formen parte de una dieta variada y no limiten la ingesta de otros alimentos. (13)

El escape de leche entre las tomas y el chorreo por el otro pecho durante la toma es señal de que la producción es muy abundante

El escape de la leche puede indicar que los músculos que rodean los conductos terminales en el pezón, no están cumpliendo bien su función de esfínter y permiten que la presión intraglandular expulse la leche al exterior. Suele ser transitorio. Más frecuente pero menos aparatosa es la salida de leche provocada por un reflejo de eyección potente. (15)

Ver salir la leche, da mucha confianza a las madres sobre su nivel de fabricación de leche, aunque no siempre guarda relación con ella. Curiosamente, algunas comienzan a preocuparse cuando deja de escaparse la leche debido al mejor tono de la musculatura del pezón. (5)

Es habitual que las hijas de madres que no pudieron amamantar por no tener suficiente leche, tengan el mismo problema cuando son madres Hasta el momento, en las mujeres sanas sin trastornos hormonales ni enfermedades conocidas no se ha identificado ninguna causa orgánica de hipogalactia, y mucho menos que sea transmisible. Bastantes madres que no consiguen amamantar al primero de sus hijos, aparentemente por falta de leche, han podido amamantar sin problemas en partos posteriores. (5)

Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan

Las diferencias en el tamaño de las mamas dependen sobre todo de la cantidad de grasa. Las diferencias en la cantidad de tejido glandular son menos

13.- **CONSEJERÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA RIOJA**. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud .España La Rioja 2010.

15.- **CARVAJAL M.E**. La alegría de amamantar, guía práctica para la lactancia. Bogotá-Colombia: Grupo editorial norma 2010

importantes. Por eso tener mucho pecho no es sinónimo de fabricar mucha leche. La cantidad de leche depende sobre todo de la eficacia de la succión. Aunque posible, es muy extraño que la glándula no aumente de tamaño durante el embarazo (6)

Las impresiones fuertes o los sustos pueden cortar la producción de leche

Una contrariedad o una emoción intensa pueden inhibir transitoriamente el reflejo de eyección impidiendo un buen vaciado en ese momento. Si el niño no sacia su apetito, llora y aumenta la ansiedad de la madre. La solución pasa por amamantar con frecuencia, mientras se trata de recuperar la estabilidad emocional. En dos o tres días suele normalizarse la producción de leche. (6)

Mientras se amamanta hay que evitar el frío en la espalda porque disminuye la producción de leche

A pesar de que se trata de una advertencia muy extendida y antigua, la única justificación es evitar que la madre se enferme, lo que podría disminuir ligeramente la producción de leche de forma pasajera.

Algunas madres refieren haber sufrido durante la lactancia un episodio de gran escalofrío generalizado, de unos minutos de duración, sin que aparentemente haya ninguna causa desencadenante y sin que afecte la producción de leche (6)

Es mejor esperar a sentir el pecho lleno para amamantar

Aunque esto lo piensan muchas madres, lo conveniente es lo contrario. Cuanto más a menudo se vacíe el pecho, más leche fabricará. Espaciar las tomas hasta que el pecho se nota lleno es un buen método para disminuir la producción de leche durante el destete (12)

Una madre que amamanta debe comer más para producir suficiente leche

Aún las mujeres con dietas de adelgazamiento por sobrepeso, producen suficiente leche. El organismo acumula reservas en el cuerpo de la madre durante el

5.- AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

embarazo para tener previstas las necesidades de la lactancia. Es más importante tomar una dieta sana y variada, a comer en exceso. Por lo general el apetito de la madre se encarga de regular sus necesidades, y comer de más sólo sirve para acumular lo que sobra en forma de grasa. (12)

Bañarse en agua fría, corta la leche

Depende de los gustos de la madre, antes del embarazo. Las que tenían esa costumbre, no tienen por qué cambiarla. La aplicación alterna de calor y frío en el pecho es una costumbre extendida durante los días de la tumefacción inicial que proporciona alivio a la mayoría de las madres. Sin embargo, arrojar agua fría sobre la madre lactante, bloquea el reflejo oxitócico y detiene la salida de leche. Este fue uno de los experimentos para demostrar la utilidad del reflejo oxitócico en la producción de leche. (6)

Sentir los pechos blandos es una señal de baja producción

En los primeros días el pecho está muy duro y doloroso debido al inicio masivo en la síntesis de casi todos los componentes de la leche y el aumento en la vascularización. En los días siguientes, al disminuir la congestión, la mama queda más blanda, pero la cantidad de leche que se fabrica es mayor. (6)

Tengo la leche aguada

Es uno de los comentarios que más a menudo hacen las madres, porque comparan su leche con la de vaca, que es más rica en grasa y proteínas. Además suelen examinar la primera leche que sale del pecho que tiene un aspecto aún más acuoso. Lo triste es que algunas abandonen el pecho por este motivo. (8)

Hay alimentos que "enfrían la leche" sobre todo frutas y vegetales, como sandía, melón, lechuga,…

(A nivel popular, "enfriar la leche" no se refiere a consumir los alimentos fríos sino a que afecten la calidad o hagan que la leche siente mal al niño).

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

12.- RIVAS C. CASAS C Y COLABORADORES. Guía de lactancia Materna. Gobierno de Aragón. Departamento de salud

No hay ninguna justificación que apoye esta suposición. Se debe recomendar una dieta lo más variada posible dentro de los gustos de la madre. (9)

Si la madre queda embarazada de nuevo, debe suspender la lactancia

Un nuevo embarazo puede afectar de forma transitoria el volumen de leche y quizá el sabor. Algunos recién nacidos rechazan el pecho si su madre vuelve a quedar embarazada. La recomendación de interrumpir

La lactancia se basaba en la posibilidad de aborto por las contracciones inducidas por la oxitocina, pero la experiencia de muchas madres que han amamantado durante el embarazo no ha confirmado este riesgo en mujeres sin historia de abortos previos.(9)

Es posible que el efecto abortivo de la lactancia dependa de una mala implantación secundaria a falta de maduración del endometrio, más que a las contracciones provocadas por la oxitocina, que aparecen en la segunda mitad del embarazo(5)

Algunos alimentos cambian el sabor de la leche y no se deben consumir, como naranjas ácidas, espárragos, cebolla, ajo, alcachofas o picantes

Es cierto que el sabor de la leche puede ser modificado por algunos alimentos, pero esto no es malo para el lactante. Puede incluso ayudarle a tolerar otros sabores más adelante.

Sorprendentemente, un estudio demostró que el consumo de ajo por la madre mejoraba la succión, y algunos profesionales recomiendan a la madre consumir ajo en casos de lactancia inducida o relactación, para mejorar la aceptación del pecho por el niño. (5)

La lactancia prolongada más allá de los 12 meses del niño carece de valor, ya que la calidad de la leche materna apenas aporta nada importante al niño

La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño conforme éste madura. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna continúa siendo una fuente importante de nutrientes y aportando componentes que no existen en otros tipos de leche. (5)

5.- AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

8.- AGUAYO J. La lactancia materna. Sevilla, España: editorial universidad de Sevilla, secretariado de publicaciones.2010

9.- DELGADO X. SALAZAR S. Nutrición pediátrica. Sociedad venezolana de puericultura y pediatría. Venezuela: editorial Panamericana.2009

La mayor parte de la leche se obtiene en los primeros 5 minutos, el resto del tiempo que el niño está en el pecho apenas saca nada

La eficacia del vaciado depende de la correcta posición de la boca y de la potencia de la succión. Los niños que succionan con poco entusiasmo pueden necesitar más tiempo, mientras que los grandotes hambrientos vacían el pecho mucho antes. Una mala colocación hace que el pecho se vacíe mal aunque el niño succione durante mucho tiempo. En todos los casos es interesante procurar que el niño tome la leche del final, más rica en grasa y en la que probablemente hay mayor cantidad de factor de inhibición de lactancia. (6)

Nunca se debe despertar a un bebé para darle de mamar, el sueño alimenta tanto como la leche

Es diferente un recién nacido de un lactante mayor. Durante los primeros días de vida, algunos recién nacidos duermen mucho y piden menos de lo que necesitan. A éstos conviene despertarlos para que hagan un número suficiente de tomas ya que existe el riesgo de una pérdida de peso excesiva, que aumentaría su aletargamiento y la falta de demanda con riesgo de deshidratación. Una vez que la madre domina la lactancia y conoce el comportamiento de su hijo, no hay inconveniente en dejar dormir a los niños, siempre que se asegure que toma lo suficiente en el resto del día (8)

La lactancia prolongada es culpable de la deformación de los pechos

En el aspecto del pecho influyen sobre todo la edad, factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. Se va deformando poco a poco con cada período de menstruación, por los cambios hormonales del ciclo. La mayor deformación es responsabilidad del embarazo y de los primeros días postparto. La duración de la lactancia influye menos en el aspecto de las mamas. El ejercicio muscular de la zona ayuda a mantener el grado de firmeza. (8)

5.- AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

Dar de mamar impide quedar embarazada

La posibilidad de embarazo durante los primeros seis meses de lactancia es baja (2%) si las madres dan el pecho a menudo, lo hacen de forma exclusiva, no hay otros alimentos y no tienen menstruaciones.

Pero la seguridad anticonceptiva no es completa. Una vez que la lactancia está bien instaurada se pueden utilizar anticonceptivos orales, preferentemente a base de progestágenos, ya que los estrógenos pueden disminuir la producción de leche. (9)

LA TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO CORRECTO

La madre debe saber que la lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, confiar en su capacidad de amamantar y sentirse apoyada por los profesionales sanitarios.

La posición de amamantamiento debe ser correcta, con una buena colocación del niño y un acoplamiento adecuado de la boca del bebé al pecho de la madre.

El éxito de la lactancia depende mucho de que la técnica de amamantamiento sea correcta, ya que un elevado porcentaje de problemas precoces se producen por errores al poner al bebé al pecho. Cuando la postura es incorrecta se forman grietas dolorosas, maceración del pezón y la mandíbula y la lengua del bebé pueden ser incapaces de extraer leche de forma efectiva. (6)

Técnica de amamantamiento

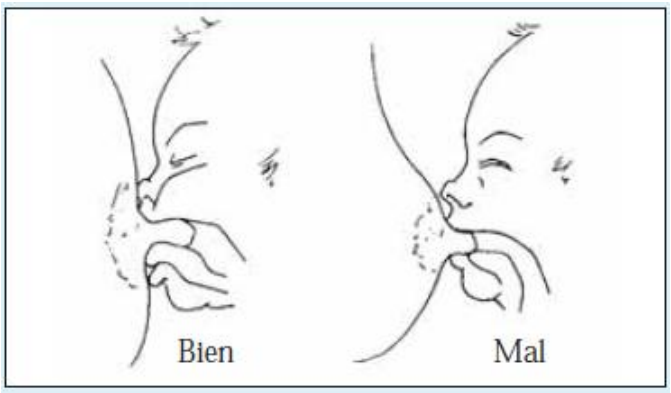
Acoplamiento funcional boca-pecho

El niño debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara, de forma que los labios superior e inferior estén evertidos alrededor de la aréola, permitiendo que introduzca pezón y gran parte de la aréola dentro de su boca. Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la aréola formando un cinturón muscular, que haga micro masaje en la zona de los senos lactíferos. Para succionar, la lengua se proyecta por delante de la encía inferior. La porción anterior de la lengua envuelve pezón y parte de la aréola y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar. Este movimiento de descenso y adelantamiento de lengua y mandíbula hace un efecto de émbolo, que

8.- AGUAYO J. La lactancia materna. Sevilla, España: editorial universidad de Sevilla, secretariado de publicaciones.2010
9.- DELGADO X. SALAZAR S. Nutrición pediátrica. Sociedad venezolana de puericultura y pediatría. Venezuela: editorial Panamericana.2009

permite el flujo de la leche extraída hasta el fondo de la boca, para ser deglutida de forma refleja. (11)

El niño nunca debe chupar solo el pezón. Este debe formar con la aréola un cono, que haga llegar la punta del pezón hasta el final del paladar duro. Si el niño chupa solo del pezón no hará una extracción eficiente y provocará dolorosas grietas y fisuras en la madre, provocando situaciones de máximo riesgo para la lactancia.
La aréola debe entrar lo suficiente en la boca del niño como para que los senos lactilíferos sean masajeados por la lengua, el labio y el movimiento de la mandíbula en la parte inferior y por paladar, encía y labio en la superior. La estimulación adecuada de la aréola y el pezón desencadena el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche (6)



Forma de ofrecer el pecho al niño

- Es importante recordar que es el niño el que debe colocarse frente al pecho con su boca a la altura del pezón y la madre no debe torcer su espalda o forzar la postura, ya que le provocaría dolor de espalda o grietas. “La boca del niño se acerca al pecho y no el pecho al niño”. (6)
- El cuerpo del niño debe estar muy próximo al de la madre, con la cabeza y los hombros orientados mirando de frente al pecho. Su nariz debe estar a la misma altura que el pezón. Se debe dirigir hacia el pecho, evitando flexiones o extensiones bruscas de la cabeza.(6)

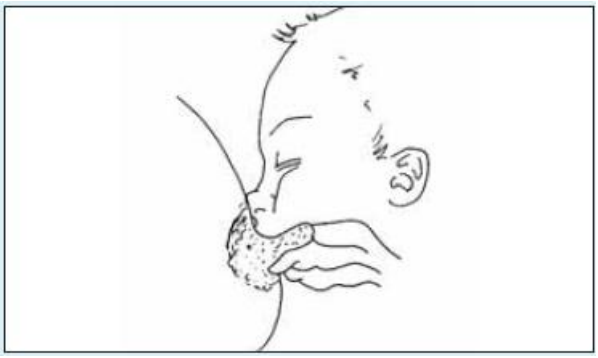
6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

11.- JUEZ G. FAJARDIN N. Y COLABORADORES. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Manual de lactancia. Segunda edición. Chile. 2010.

- El tercio inferior de la boca del bebé está ocupado por la lengua. Si al colocarle al pecho el pezón se dirige contra la parte inferior de la boca chocará contra la lengua que lo rechazará. El pezón debe dirigirse a la parte superior de la boca, hacia el paladar, esto ayuda a colocar el labio inferior y la mandíbula por debajo del pezón.(8)
- Hay que evitar que el niño esté demasiado alto y que tenga que flexionar el cuello y su nariz quede aplastada contra el pecho. Si el niño está algo más bajo y pegado a su madre, la cabeza y el cuello quedarán extendidos y la nariz libre.(8)
- La madre con una mano se sujeta y presenta el pecho. Con la otra mano sujeta el bebé y lo dirige hacia el pecho. Puede utilizarlas del lado que ella quiera. Casi siempre tienen un lado favorito y conviene ayudarlas del lado que les resulta más difícil.
- Las madres se deben sujetar el pecho desde la base, es decir, apoyando sus dedos sobre las costillas. También puede sujetar el pecho en forma de copa o C, poniendo su pulgar encima del pecho, lejos del pezón y los cuatro dedos restantes abajo.(9)
- Para sujetar el bebé la madre puede posar la cabeza y espalda del niño sobre su antebrazo, o bien con la palma de la mano libre sujetar la espalda y con los dedos la cabeza del bebé.(9)
- Si el niño está bien enganchado, su boca quedará abierta y el labio inferior abarcará más pecho que el superior. Es decir, la boca estará colocada de forma asimétrica. El niño tiene que tener bastante pecho en su boca, debe incluir el pezón, gran parte de la aréola y el tejido mamario subyacente. No hay que empeñarse en meter toda la aréola en la boca del niño, ya que hay mucha variabilidad en su tamaño.(9)

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

8.- AGUAYO J. La lactancia materna. Sevilla, España: editorial universidad de Sevilla, secretariado de publicaciones.2010



Posición del niño con la madre acostada

Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño debe estar enfrentada al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño se apoya en el antebrazo de la madre. Esta postura que es útil por la noche, o en las cesáreas, tiene la dificultad de que la madre puede ser incapaz de mover el brazo sobre el que está recostada. Hay que animarla a que utilice la mano libre para acercarse al niño, más que para introducir el pecho en su boca. (8)

Posiciones del niño con la madre sentada

• ***Posición tradicional o de cuna.*** El niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que

8.- **AGUAYO J.** La lactancia materna. Sevilla, España: editorial universidad de Sevilla, secretariado de publicaciones.2010

9.- **DELGADO X. SALAZAR S**. Nutrición pediátrica. Sociedad venezolana de puericultura y pediatría. Venezuela: editorial Panamericana.2009

sujeta al niño, le agarra de la región glútea. Con la mano libre se sujeta el pecho en forma de “C”, y se lo ofrece.

Con el pezón estimula el labio superior del niño para que abra la boca, momento en el que acerca el niño al pecho (Fig. 4). (5)

Figura 4. Posición tradicional o de cuna.

Posición de cuna cruzada.

Es una variante de la posición anterior, en la que la madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición “U”. La otra mano sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca. Esta postura necesita una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.

Esta postura permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiar de posición, por eso es útil cuando el niño tiene preferencia por un pecho (Fig. 5). (5)

Figura 5. Posición de cuna cruzada.

Posición de canasto o de fútbol americano.

El niño se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con

5.- **AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M**. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

la mano del lado que amamanta, sujetándole por la nuca. Es una postura muy útil en caso de cesárea o para amamantar dos gemelos a la vez (Fig. 6). (6)

Figura 6. Posición de canasto o fútbol americano.

Posición sentada.

En esta posición el niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta.

Esta postura es cómoda para mamas muy grandes, grietas, niños hipotónicos y reflejo de eyección exagerado (5)

Figura 7. Posición sentada.

FRECUENCIA Y DURACION DE LA LACTANCIA

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

5.- **AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M**. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

La madre necesitará amamantar a su bebé con la frecuencia con la que él bebé esté interesado en amamantar. Cuando se trata de un bebé recién nacido, especialmente durante la primera semana, las sesiones parecen durar tanto que casi no tendrá tiempo de hacer otra cosa antes de que la próxima sesión comience. Las tomas frecuentes durante los primeros días de vida del bebé son normales y esenciales para estimular el máximo número de receptores de prolactina y asegurar la mejor producción de leche posible (5)

El primer mes es un tiempo de aprendizaje para el nuevo bebé, durante el cual la madre perfeccionará sus habilidades de lactar; ello ocasionará que al final de ese mes muchos bebés necesiten menos tiempo para consumir la misma cantidad de leche. Mantener al bebé cerca todo el tiempo, ayudará a estar alerta de sus señales tempranas de hambre y así poder alimentarlo sin dejar que llegue a un estado de hambre o llanto. Minimizar el llanto del bebé es la mejor manera para que la mamá y los demás miembros de la familia no sientan estrés. Aunque al comienzo lo parezca, la mamá no estará todo el tiempo amamantando; ella se está recuperando del parto y necesita descansar. El tiempo entre una comida y otra eventualmente se distanciará y las tomas serán más manejables, el bebé establecerá un patrón de alimentación que hará la vida más predecible (14).

Durante el primer mes el niño come con frecuencia y la madre debe responder dándole el seno cada vez que lo pida. Se aprecia que el bebé queda saciado, porque ha transcurrido los 20- 25 mientras deja de succionar aunque tenga el pezón en la boca queda completamente relajado con los brazos y piernas extendidas. (1) Acabo de pocas semanas, el tiempo entre 3-4 horas de las tomadas de leche materna y a partir de 16 semanas como máximo el bebé debe de acostumbrándose a no pedir comida. (9)

Una vez que la producción de la leche materna se ha estabilizado a partir de los quince días, se puede comenzar a regularizar la frecuencia y la duración de las

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

9.- DELGADO X. SALAZAR S. Nutrición pediátrica. Sociedad venezolana de puericultura y pediatría. Venezuela: editorial Panamericana.2009

14.- CABRERA, G.; J. MATEUS; S. GIRÓN. 2004. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2009. Colombo. Med

tomas. En los primeros dos minutos de la toma el bebé ya que extraído casi la mitad de la leche que necesita. Al principio el intervalo de la lactancia materna corresponde con las tomas diarias no obstante a esto poco a poco las tomas nocturnas deben eliminarse hasta los 2-4 meses. (6)

En los primeros días se debe dar el pecho al bebé siempre que lo pida. Pero a partir de la primera o segunda semana tiene que ir acostumbrándose a un regular horario este se realiza progresivamente y procurando flexibilidad de cada tomas de leche materna, la mayoría de los niños ya que tienen una rutina de alimentación establecida sin embargo a otros niños les cuesta adquirir este habito. Se debe amamantar al niño aproximadamente cada tres horas, durante siete a diez minutos en cada mama en la siguiente oportunidad debe amamantarse en el seno en que terminó la vez anterior. (6)

6.- **LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M**. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010

IV. MATERIALES Y METODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de carácter descriptivo, prospectivo y de corte transversa.

B. AREA DE ESTUDIO

- **Lugar y tiempo:**

  La presente investigación se la realizo en la ciudad de Loja, en el Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja desde Abril a Septiembre del 2013

C. UNIVERSO Y MUESTRA

- **Universo:**

  Estaba constituido por 1725 madres en periodo postparto que fueron atendidas en el Hospital Isidro Ayora desde Abril a Septiembre del 2013.

- **Muestra:**
  - Todas las madres adolescentes postparto de edad comprendida entre 15 a18 años atendidas en el Hospital Isidro Ayora desde Abril a Septiembre del 2013 en número de 196 usuarias.

- **Criterios de inclusión:**
  - Madres adolescentes postparto entre edades de 15 a 18 años atendidas en el Hospital Isidro Ayora desde Abril a Septiembre del 2013

- **Criterios de exclusión:**
  - Pacientes con enfermedades neurológicas, psiquiátricas o cualquier otra que impidiera la comunicación.
  - No aceptación de participar en el estudio.

D. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

❖ Método Científico:

Este método me guio a la aplicación de procedimientos lógicos que seguí en la presente investigación, la misma está bien orientada y brinda resultados confiables dando validez a mi trabajo, además me condujeron a la selección adecuada de fuentes de investigación y obviar datos innecesarios que dificulten la compresión y aplicación de alternativas encaminadas a solucionar el problema.

❖ Técnica de investigación:

- **Teórica:** Mediante la investigación bibliográfica se obtuvieron los conocimientos teóricos que nos faciliten la comprensión de la problemática a investigar.
- **Bibliográfica:** recolección de datos mediante fuentes de información como: la obtenida en las aulas, textos, videos, internet.
- **Consentimiento informado:** previo a la realización de la encuesta se les informo a las madres acerca del proceso investigativo
- **De Encuesta:** dirigida las madres adolescentes postparto atendidas en el Hospital Isidro Ayora desde Abril a Septiembre del 2013.

❖ Instrumento:

- La encuesta se elaboró con preguntas abiertas y cerradas, las mismas que fueron aplicadas a las madres en periodo postparto de entre 15 a 18 años de edad del Hospital Isidro Ayora Loja desde Abril a Septiembre del 2013

Se aplicó las siguientes escalas.

- Nivel de conocimiento sobre beneficios:
  - Bueno: 8-7-6 respuestas correctas
  - Regular: 5-4-3 respuestas correctas
  - Malo: <2 respuestas correctas y las madres que desconocen
- Nivel de conocimiento sobre componentes.
  - Bueno: 6-5 respuestas correctas
  - Regular: 4-3 respuestas correctas
  - Malo: <2 respuestas correctas y las madres que desconocen

E. ANALISIS ESTADISTICO

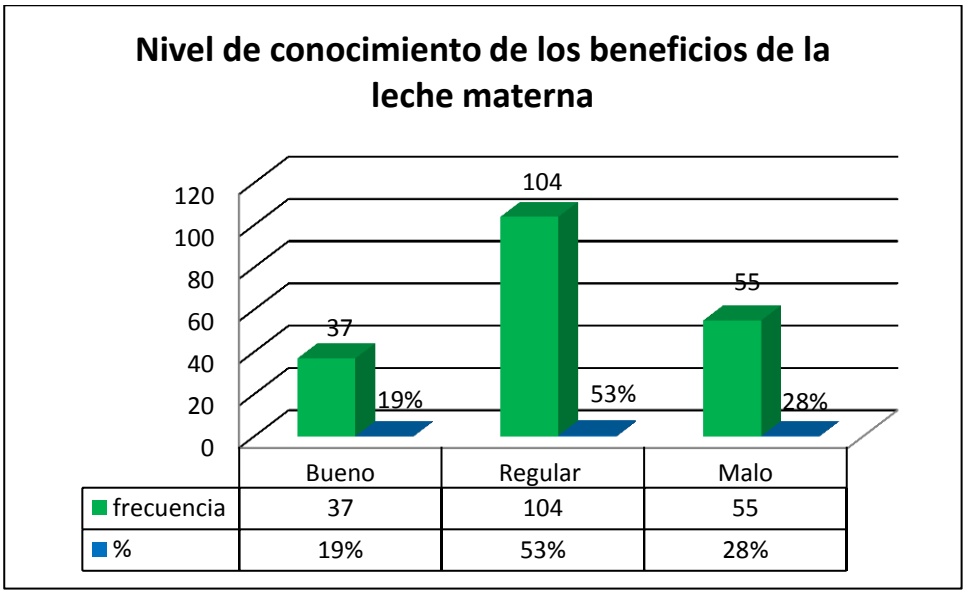
Los resultados obtenidos fueron ordenados y analizados de forma manual, obtenidos de la información recolectada de las encuestas que se realizó a las pacientes y se las valoro y coloco dentro de la escala propuesta

V. RESULTADOS

TABLA Nº1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

Nivel de conocimiento	frecuencia	%
Bueno	37	19%
Regular	104	53%
Malo	55	28%
Total	196	100%



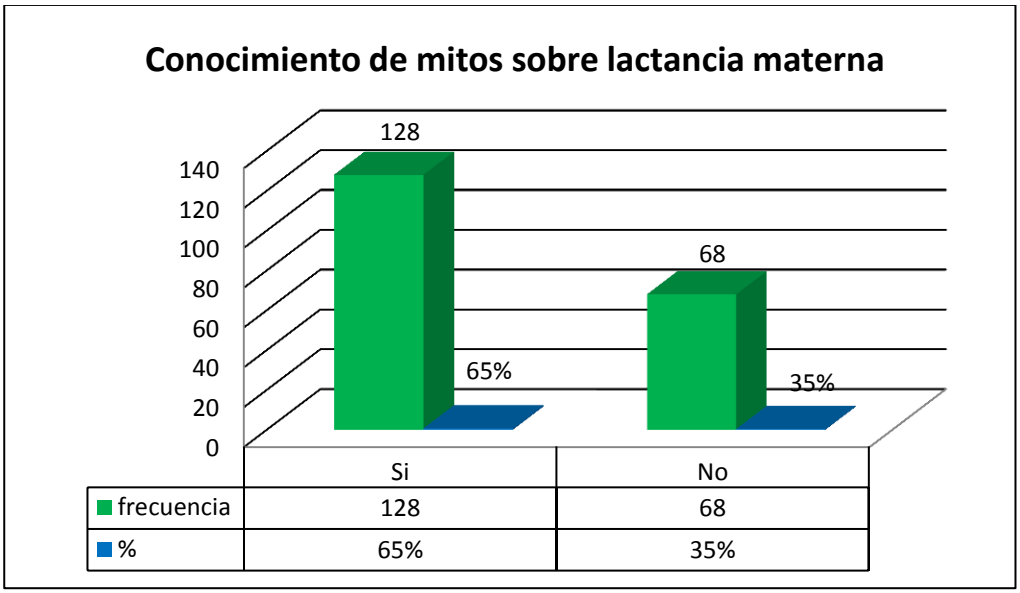
Fuente: Encuestas realizadas a las madres adolescentes de entre 15 a 18 años en el Hospital Isidro Ayora
Autor: Xavier Ruilova Valle

ANALISIS: De las madres encuestadas un 53% tiene un nivel de conocimiento regular acerca de los beneficios de la leche materna, al contrario un 28% tiene un deficiente conocimiento de los beneficios y con el porcentaje más bajo de las madres encuestadas con un 19%, poseen un conocimiento bueno de los beneficios que proporciona la leche materna a su hijos.

TABLA Nº 2

CONOCIMIENTO DE MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

conocimiento de mitos	frecuencia	%
Si	128	65%
No	68	35%
Total	196	100%



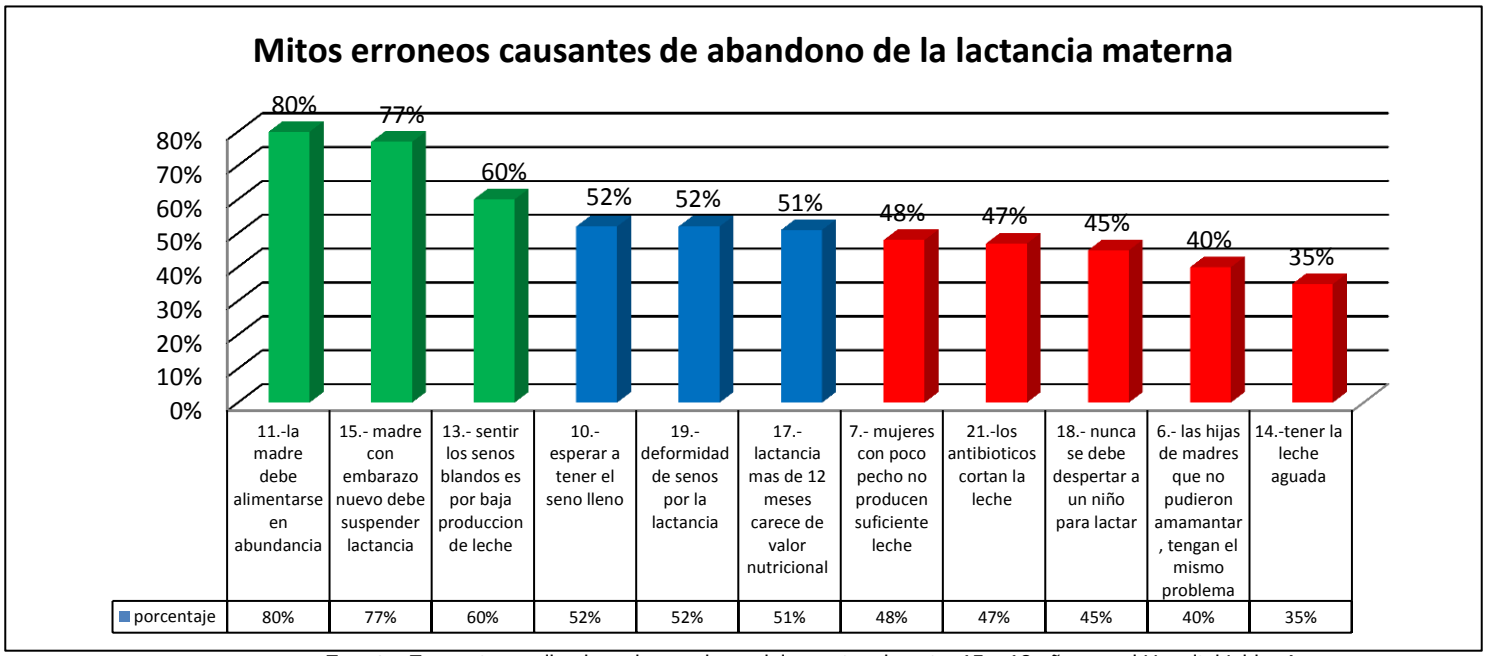
Fuente: Encuestas realizadas a las madres adolescentes de entre 15 a 18 años en el Hospital Isidro Ayora
Autor: Xavier Ruilova Valle

ANALISIS: De las madres encuestas, 128 madres que representa el 65% refirieron dar importancia y creencia a ciertos mitos de la lactancia materna, en contraste con el 35 % de madres que refirieron no creer en los mitos de la lactancia materna.

TABLA Nº 2.1

MITOS ERRÓNEOS QUE SON ACEPTADOS COMO VERDADEROS Y CAUSAN ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

MITOS FALSOS	Porcentaje
11.- la madre debe alimentarse en abundancia	80%
15.- madre con embarazo nuevo debe suspender lactancia	77%
13.- sentir los senos blandos es por baja producción de leche	60%
10.- esperar a tener el seno lleno para dar de lactar	52%
19.- deformidad de senos por la lactancia	52%
17.- lactancia más de 12 meses carece de valor nutricional	51%
7.- mujeres con poco pecho no producen suficiente leche	48%
21.- los antibióticos cortan la leche	47%
18.- nunca se debe despertar a un niño para lactar	45%
6.- las hijas de madres que no pudieron amamantar, tendrán el mismo problema	40%
14.- Tener la leche aguada	35%



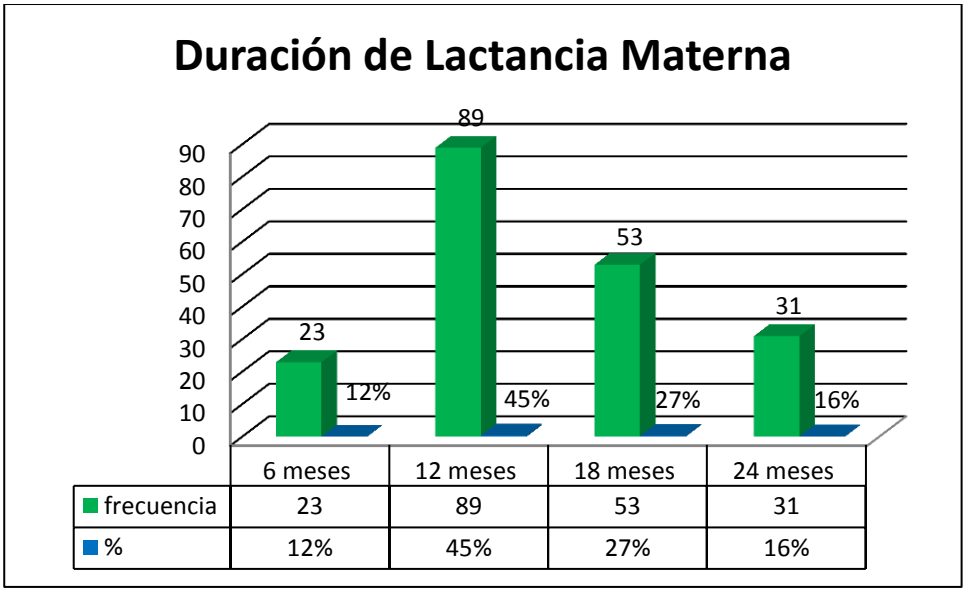
Fuente: Encuestas realizadas a las madres adolescentes de entre 15 a 18 años en el Hospital Isidro Ayora
Autor: Xavier Ruilova Valle

ANALISIS: de las 128 madres que respondieron que sabían sobre los mitos se seleccionó de las 21 opciones, aquellas que a pesar que eran falsas fueron aceptadas como verdaderas y que provocaban abandono de la lactancia se obtuvo que las preguntas Nº11, 15 y 13 tuvieron un 80%, 77% y 60% respetivamente de aceptación como verdadero, las preguntas Nº10, 19 y 17 tuvieron un 52%, 52% y 51% respetivamente de aceptación como verdadero y en menor proporción las preguntas Nº7, 21, 18, 6 y 14 tuvieron un 48%, 47%, 45%, 40% y 35% respetivamente de aceptación como verdadero

TABLA Nº 3

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

Duración	frecuencia	%
6 meses	23	12%
12 meses	89	45%
18 meses	53	27%
24 meses	31	16%
total	196	100%



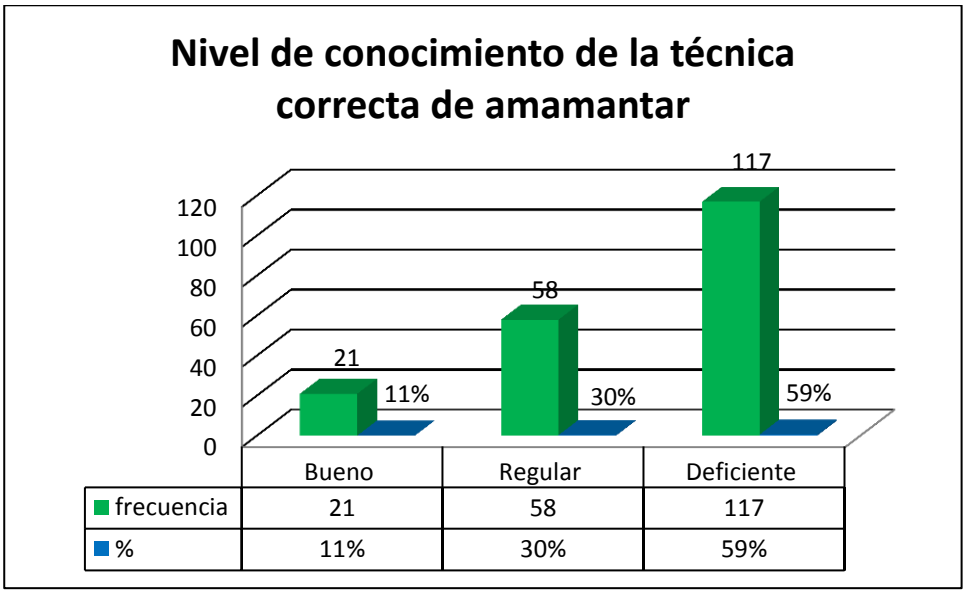
Fuente: Encuestas realizadas a las madres adolescentes de entre 15 a 18 años en el Hospital Isidro Ayora
Autor: Xavier Ruilova Valle

ANALISIS: de las madres encuestadas un alto porcentaje con en 45% indicaron una duración de la lactancia de 12 meses, como segunda opción el 27% de las madres encuestadas indico 18 meses de lactancia materna y en menor proporción con un 16% y 12% indicaron 24 y 6 meses respectivamente como duración de la lactancia materna.

TABLA Nº 3.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA TECNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

Nivel de conocimiento	frecuencia	%
Bueno	21	11%
Regular	58	30%
Deficiente	117	59%
Total	196	1005%



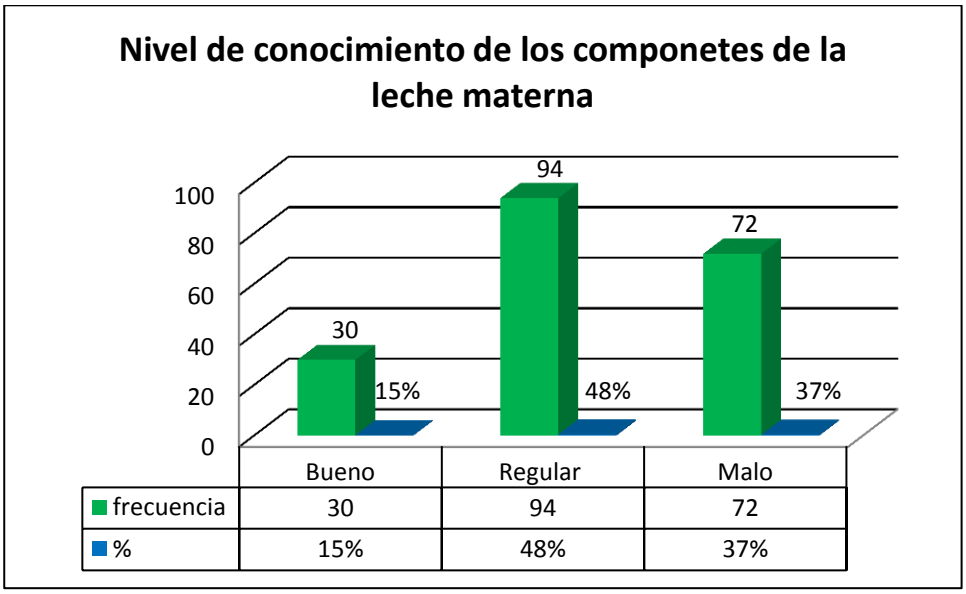
Fuente: Encuestas realizadas a las madres adolescentes de entre 15 a 18 años en el Hospital Isidro Ayora
Autor: Xavier Ruilova Valle

ANALISIS: De las madres encuestadas, 117 madres representando el 59% poseen un deficiente nivel de conocimiento acerca de la técnica correcta de amamantamiento, 58 madres con el 30% poseen un nivel de conocimiento regular, el 11% representa a las madres que poseen un nivel de conocimiento bueno.

TABLA Nº 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA DE MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

nivel de conocimiento	frecuencia	%
Bueno	30	15%
Regular	94	48%
Malo	72	37%
total	196	100%



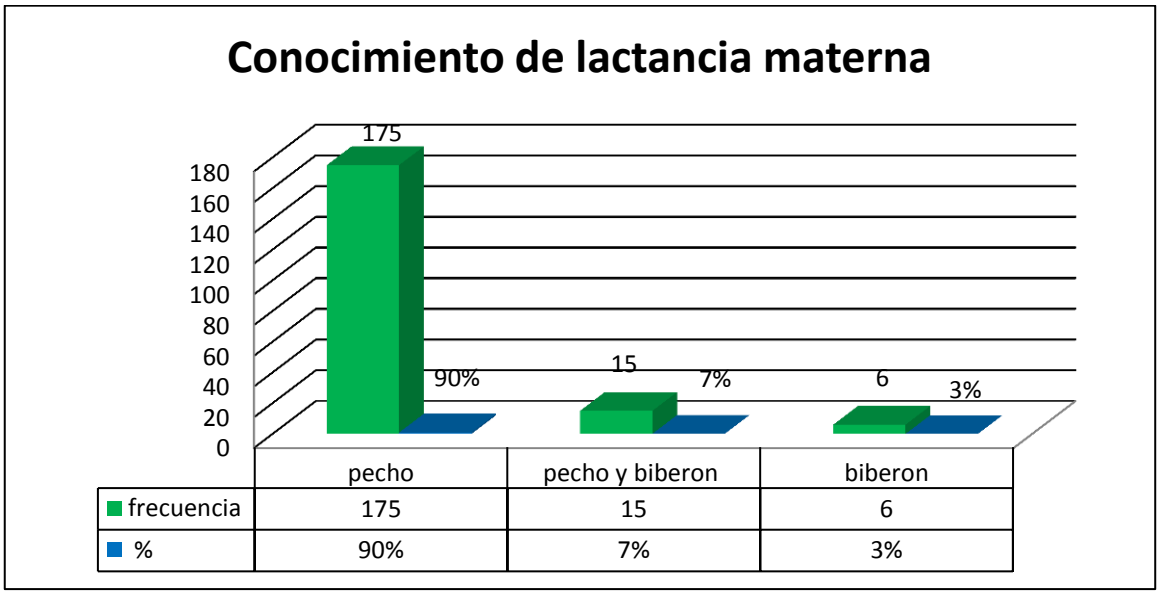
Fuente: Encuestas realizadas a las madres adolescentes de entre 15 a 18 años en el Hospital Isidro Ayora
Autor: Xavier Ruilova Valle

ANALISIS: De las madres encuestadas el 48% es decir 94 madres tienen un nivel de conocimiento regular acerca de los componentes de la leche materna, 72 madres que representa el 37% tienen un nivel de conocimiento deficiente y en menor cantidad en nuero de 30 madres siendo el 15% tienen un buen nivel de conocimiento sobre los componentes de la leche materna.

TABLA Nº5

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

Consiste	frecuencia	%
Pecho	175	90%
Pecho y biberón	15	7%
Biberón	6	3%
Total	196	100%



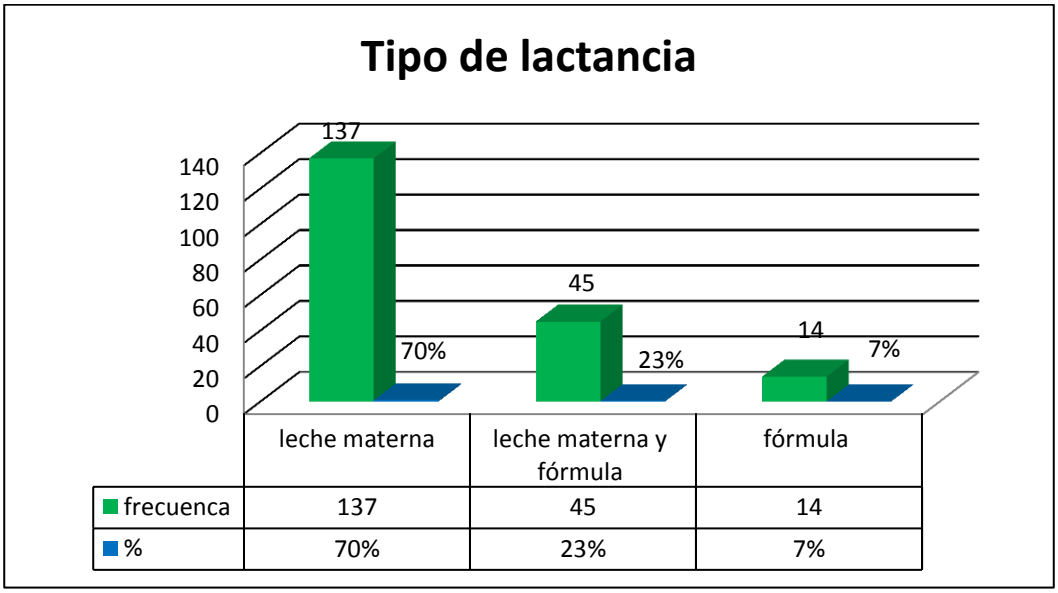
Fuente: Encuestas realizadas a las madres adolescentes de entre 15 a 18 años en el Hospital Isidro Ayora
Autor: Xavier Ruilova Valle

ANALISIS: Del total de madres encuestadas sobre en qué consiste la lactancia materna una gran numero de madres con una frecuencia de 175 que corresponde al 90% índico la opción de seno, que contrasta con una menor frecuencia por la opción de seno y biberón con un 7% y solo biberón un 3%

TABLA Nº 6

TIPO DE LACTANCIA MATERNA QUE PROPORCIONAN LAS MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

Tipo de lactancia	frecuencia	%
Leche materna	137	70%
Leche materna y fórmula	45	23%
Fórmula	14	7%
Total	196	100%



Fuente: Encuestas realizadas a las madres adolescentes de entre 15 a 18 años en el Hospital Isidro Ayora
Autor: Xavier Ruilova Valle

ANALISIS: De las 196 madres encuestadas acerca del tipo de lactancia que le dan a sus hijos el 70% es decir 137 madres optaron por la leche materna exclusiva, en menor proporción, 45 madres representando el 23% de la muestra optan por la leche materna y la de fórmula como alimentación de sus hijos y solo 14 madres con un 7% dan a sus hijos leche de formula como alimentación exclusiva.

VI. DISCUSION

La relación existente entre el nivel de conocimiento que tienen las embarazadas y la edad de las mismas los resultados coinciden con otras investigaciones. Al igual que otros autores opinamos que es probable que en las jóvenes, no exista preocupación por adquirir estos conocimientos y no tengan la percepción del riesgo que puede tener aparejado, la falta de lactancia natural para el niño.

En la presente investigación, se pudo apreciar que la frecuencia de las adolescentes embarazadas se encontraba en el grupo de edades de 15 a 18 años con porcentajes muy similares, 26% son madres de 15 años, 22% de 16años, 24% de 17 años y un 28% de 18 años. Este resultado probablemente se deba a que estas son las edades donde mayormente ocurren los embarazos y son la población más vulnerable el cual se relaciona con un estudio hecho en la Habana Cuba por **Dra. García Sánchez** que realizo estudio similar en el año 2008 pero con una muestra más grande en cuanto a rangos de edad y se observó que el mayor índice de embarazos es entre las edades de 14 a 19 años. (22) Lo mismo se aprecia en otro estudio por las **Dra. Ruiz Díaz y Urbes** en Bolívar Venezuela donde se aprecia que existe un alto índice de embarazos en adolescentes es entre las edades de 16 a 19 años. (23)

En la investigación se puede observar respecto al nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, el 53% y 28% poseen un conocimiento regular y malo respectivamente y un 19% un conocimiento bueno. Estos resultados difieren a los de la investigación de **Barrios Maquendo** en los que el 83% de las madres adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bueno (25), incluso similares resultados se aprecian en la investigación de **García Sánchez** en las que el 88% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento bueno y solo el 12% poseen un nivel de conocimiento deficiente. (22).

En esta investigación se consultó a las madres sobre su importancia y creencia que tienen respecto a los mitos de la lactancia materna y se observó que un 65% de madres le dan importancia a los mitos de la lactancia materna y el 35% rechazan los mitos. Se preguntó 21 mitos de los cuales 18 eran falsos o erróneos y se selección 11 mitos que son causa de abandono de lactancia materna debido que a pesar de ser falsos las madres seleccionaron como verdaderos. Obteniendo así que el 80% de las madres optó por considerar verdadero a que as madres deben comer en abundancia, el 77% selecciono que las madres con un nuevo embarazo deben suspender la lactancia, el 60% selección que el sentir los senos blandos es por baja producción de leche, el 52% selecciono a que hay que esperara a tener el seno lleno para dar de lactar y que la lactancia materna deforma los senos; el 51% de las madres selección

que la lactancia mayora os 12 meses carece de valor nutricional, el 48% selecciono que las mujeres con senos pequeños no producen suficiente leche y los antibióticos cortan la leche, el 45% selecciono que nunca se debe despertar un niño para lactar y que las hijas de madres que no pudieron de amamantar tendrán el mismo problema. En un investigación hecha en Chile por parte de las **Dras. Carrasco y Corvalán** en 2008 acerca de los conocimientos y actitudes en madres adolescente de niños de 6 meses obtuvo similares datos, al obtener porcentajes mayores de 40% en mitos falsos que fueron seleccionados como verdaderos como al amamantar por un largo período se caen los pechos con el 72,7%, se deben espaciar las mamadas para que puedan llenarse los pechos con el 59,1%, si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad con el 59,1% , una leche de un color claro o muy transparente es una leche de mala calidad con el 40,9% y nunca se debe despertar a el/la niño/a si está durmiendo con el 40,9% de afirmación como verdaderas.(26)

En mi investigación se preguntó la duración de la lactancia materna completa y se observó que no existe un consenso en cuanto a la duración de la lactancia con valores fluctuantes, el 45% de las madres indico 12 meses de duración, seguido de 18 meses con el 27%, el 16% optó por 24 meses y al final con un porcentaje bajo 6 meses, muy parecido a la investigación de **Barrio Maquendo** en 2011 en España en la cual el 83% de las madres adolescentes indico que la lactancia dura más de 4 meses y un bajo porcentaje indico menor de 4 meses(25). Según **Alvins y Briceño** en su investigación, el 100% de madres que fueron asesoradas indicaron que la lactancia materna exclusiva se la debe dar hasta los 6 meses (24). Según Todo esto nos deja ver que las madres dan un mínimo de 6 meses de leche materna que en teoría es bueno.

En cuanto al nivel de conocimiento de la técnica correcta de lactancia materna, en esta investigación obtuvimos que el 59% de las madres adolescentes encuestadas posean un nivel deficiente de conocimiento sobre la técnica correcta, seguida p el 30% con un nivel de conocimiento regular y al final con el 11% con un conocimiento bueno. A diferencia de la investigación del **Dr. Valladares y Mora** a madres adolescentes que acudían a control en las unidades de salud en el Salvador en el año 2011 en la cual el 44% de madres posee un nivel de conocimiento bueno seguido del 32% con un nivel de conocimiento regular y un 24% con un nivel deficiente. Estos datos son vistos teóricamente mientras que en la misma investigación desde un punto de vista práctico, el 80% demostró una técnica correcta de amamantamiento y el 20% una técnica incorrecta. (27)

En mi investigación en cuanto al nivel de conocimiento de los componentes de la leche materna, un 48% posee un nivel de conocimiento regular, un 37% posee un nivel de conocimiento deficiente y tan solo el 15% tienen un conocimiento bueno, estos porcentajes contrastan con la investigación de

Alvins y Briceño en el 2011 en Venezuela a un grupo de madres adolescentes en un centro especializado de lactancia materna en el que los datos previo a las charlas eran deficientes, similares a las de mi investigaciones con altos niveles deficientes de conocimiento que cambiaron luego de las charas presentado un nivel de conocimiento bueno con el 65% de las madres, un 20% con conocimiento regular y un 15% deficiente. Esto demuestra que con asesoramiento mejora el conocimiento en las madres. (24)

Un alto porcentaje de madres encuestadas en esta investigación referido a si conocían sobre qué consiste la lactancia materna exclusiva, un 90% señalo que es dar solo el seno al niño, un 7% que es dar seno y biberón y en menor proporción un 3% señalo solo biberón. Según **Alvins y Briceño** en una investigación hecha en Venezuela en el 2011 revela dato muy similares con un 85% que indicaron seno materno, un 10% dar seno y biberón y en menor proporción un 5% señalo solo biberón. (24)

En esta investigación se observó que un 70% de las madres optaron por darles a sus hijos leche materna exclusiva, un 23% optaron por una lactancia mixta es decir leche materna y leche de formula y en menor proporción solo leche de formula. Tienen mucha similitud con la investigación de la **Dra. Barrios Maquendo** en la cual alcanzo 67.3% de madres que optaron por leche materna, un 26,3% de madres optaron por lactancia mixta y en menor proporción leche de formula. (25)

VII. CONCLUSIONES

- Determinamos que el nivel de conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna que las madres adolescentes poseen, es regular y deficiente con un alto porcentaje, y en cifras bajas el conocimiento es bueno, que sería uno de los causantes para el abandono de la lactancia.

- Concluimos que un alto número de madres creen en los mitos de la lactancia materna y le dan mucha importancia, por lo que un alto porcentaje de madres asevero como verdaderos ciertos mitos que son falsos y son causa de abandono de la lactancia materna en madres adolescentes

- Observamos que existe un bajo conocimiento del tiempo que debe durar la lactancia materna debido a que existe un alto porcentaje de madres que afirman que la lactancia materna debe darse solo por 12 meses y en menor proporción que es de 24 meses.

- Concluimos que existe en más de la mitad de las madres un deficiente conocimiento de la técnica correcta de lactancia en un alto porcentaje, seguido de un conocimiento regular, que sería uno de los causantes de dificultades en la lactancia y posible abandono de la misma.

- Observamos que el nivel de conocimiento sobre los componentes que conforman la leche materna, las madres adolescentes, un alto porcentaje posee un nivel de conocimiento deficiente y regular.

- Determinamos que un gran porcentaje de madres adolescentes saben en qué consiste la lactancia materna lo cual se relacionó con el gran porcentaje de madres que optan por alimentar con leche materna exclusiva a sus hijos recién nacidos y queda relegado el uso de leche de formula.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se debe crear campañas dando a conocer los beneficios de la leche materna y desmentir sus mitos, invitando no solo a las madres y mujeres embarazadas sino también a las mujeres no gestantes y a su familia.

- Se debe dar a las mujeres embarazadas en las unidades operativas de salud, en sus controles prenatales, toda la información acerca de la lactancia materna y reforzar continuamente en sus controles.

- Desarrollar programas de capacitación a todo el personal de salud sobre la importancia y beneficios que tiene la lactancia materna para la madre como para el niño, en los centro de salud y hospitales para que estos conocimientos sean transmitidos a las madres y familia.

- Los laboratorios que promocionan las formulas y sucedáneos infantiles deben incluir en sus etiquetas y publicidad, información sobre la lactancia materna, explicando que la misma porta una nutrición más completa al recién nacido.

IX. BIBLIOGRAFIA

1.- TALAYERO P. HERNÁNDEZ M. Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica, Asociación Española de Pediatría. Sexta Ed. España: editorial Panamericana 2009.Disponible;http://books.google.com.ec/books?id=Ulxyj72VZD0C&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ei=b9VpUvOXOIaNkAffroGYAQ&ved=0CD8Q6AEwAw#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false

2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf

3.- OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf

4.-AGUILAR CORDERO M. J. Lactancia Materna. Primera Ed. Madrid España: editorial Elsevier 2010. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=Zi6a9oXZYksC&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ei=b9VpUvOXOIaNkAffroGYAQ&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false

5.- AGUAYO J. ARENA J. DÍAZ M. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografía Nº5. Madrid España: editorial Ergon 2010

6.- LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. lactancia materna, una guía para la profesión médica. Sexta Ed. Madrid España: Elsevier 2010. Disponible: http://books.google.com.ec/books?id=AHVQYoWIlKEC&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ei=b9VpUvOXOIaNkAffroGYAQ&ved=0CDgQ6AEwAg#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false

7.- AYELA M.R. Lactancia materna. Alicante, España: editorial club universitario. 2009.Disponible:http://books.google.com.ec/books?id=PoLGDeSJyHIC&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ei=b9VpUvOXOIaNkAffroGYAQ&ved=0CEQQ6AEwBA#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false

8.- AGUAYO J. La lactancia materna. Sevilla, España: editorial universidad de Sevilla, secretariado de publicaciones.2010 Disponible: http://books.google.com.ec/books?id=h7ziW38OwdUC&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ei=b9VpUvOXOIaNkAffroGYAQ&ved=0CDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false

9.- DELGADO X. SALAZAR S. Nutrición pediátrica. Sociedad venezolana de puericultura y pediatría. Venezuela: editorial Panamericana.2009

10.- RODRÍGUEZ U. GAVIRIA M. Guías de pediatría practicas basadas en la evidencia. Segundo Ed. Bogotá, Colombia: Editorial Medica Internacional Panamericana. 2009. Capítulo 2.

11.- JUEZ G. FAJARDIN N. Y COLABORADORES. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Manual de lactancia. Segunda edición. Chile. 2010.

12.- RIVAS C. CASAS C Y COLABORADORES. Guía de lactancia Materna. Gobierno de Aragón. Departamento de salud

13.- CONSEJERÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA RIOJA. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud .España La Rioja 2010.

14.- CABRERA, G.; J. MATEUS; S. GIRÓN. 2004. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2009. Colombo. Med. Disponible:http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=108&id_seccion=1609&id_ejemplar=2693&id_articulo=26058

15.- CARVAJAL M.E. La alegría de amamantar, guía práctica para la lactancia. Bogotá-Colombia: Grupo editorial norma 2010 Disponible:http://books.google.com.ec/books?id=c2tU0qVSAwgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

16.- UNICEF VENEZUELA Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna 2005. Disponible: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf

17.http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=985:msp-destaca-la-lactancia-materna-&catid=297:events&Itemid=360

18.- http://www.rena.edu.ve/buscador.html

19.- ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Promoción de Lactancia Materna Quito: MSP 2010

20.- ECUADOR: INNFA. Programa Creciendo con nuestros hijos. Folletos para mamas, papa y toda la familia realicen actividades interesantes y divertidas con niños y niñas. Enero 2010 Ecuador 50p.

21.-http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=27076#.Um3EznAz2Sq

22.- Dra. Marta Rosa García Sánchez. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN UN GRUPO DE MBARAZADAS. POLICLÍNICO UNIVERSITARIO "MARTA MARTINEZ FIGUERA".GUINES. 2009. Artículo científico

23.- Ruiz, Díaz y Urbáez, INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. IVSS "LINO MARADEY" PRIMER TRIMESTRE 2010. Escuela De Ciencias De La Salud "Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta". 2010. Artículo científico

24.- Alvins y Briceño. Conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnica para amamantar. Universidad Centro occidental "Lisandro Alvarado". 2011 .Artículo científico

25.- Barrios Maqueda. DIFERENCIA DE CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA QUE POSEEN LAS MADRES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE APOYO A DICHA LACTANCIA SOBRE LAS QUE NO PERTENECEN. 2011. Artículo científico.

26.- CARRASCO N. CORVALÁN V. ASOCIACIÓN ENTRE EL DESTETE Y LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES RESPECTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS/AS CON 6 MESES DE VIDA, CESFAM PANGUIPULLI.2008-2009. Chile. Artículo científico

27.- Valladares G, Morán H. CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES LACTANTES QUE ASISTEN A CONTROL MATERNO EN LA UNIDAD DE SALUD BARRIOS, SIBASI CENTRO DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR ABRIL-SEPTIEMBRE 2010. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR. Artículo científico

X. ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA REALIZADA A LAS MADRES ADOLESCENTES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Como egresado de la carrera de Medicina Humana estoy interesado en identificar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes embarazadas acerca del beneficio de la lactancia materna y sus creencias, por lo cual solicitamos a usted nos de la información adecuada y a la vez le agradecemos su colaboración. Los datos obtenidos en la encuesta, son eminentemente profesionales

Lugar y fecha: _____

Edad……

1.- ¿Conoce usted en qué consiste la lactancia materna?

- Dar el pecho al niño ____
- Dar pecho y biberón ____
- Dar biberón ____

2.- ¿Qué tipo de lactancia da a su niño?

- Leche materna ___
- Leche materna y formula ___
- leche de formula ___

3.- ¿Conoce usted los componentes que posee la leche materna?

Sí ___ No ____

4.- Si su respuesta anterior fue afirmativa indique cuales componentes conoce

1) Minerales ------
2) proteínas ------
3) vitaminas ------
7) almidones ------
4)Grasa -----
5)Inmunoglobulinas -----
6) carbohidratos -----
8) omega 3 -----

5.- ¿Hasta qué edad cree usted que se debe dar lactancia materna?

- 6 meses ___
- 12 meses ___
- 18meses ___
- 24 meses ___

6.- ¿conoce usted los beneficios de la leche materna?

Si ( ) No ( )

7.- ¿Conoce usted los beneficios que tiene la lactancia materna?

- Proporciona anticuerpos _____
- Ayuda a mejorar el crecimiento y desarrollo _____
- Es económica _____
- Anticonceptiva _____
- Contribuye a evitar la obesidad _____
- Previene enfermedades _____
- Ayudan en el desarrollo del cerebro _____
- Inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos a nivel intestinal _____
- Ayuda a que el niño hable más temprano _____

8.- ¿conoce usted la técnica o las técnicas correctas de amamantar a su hijo? Señale una

_____
_____
_____

9.- ¿Para usted porque es importante mantener una postura cómoda?

1) Para la comodidad del niño y la madre y una adecuada lactancia _____
2) Para evitar dolores _____
3) Para evitar dolores de espalda _____

10.- ¿Que es más importante la postura de la mama o la técnica de amamantamiento y por qué?

_____
_____
_____
_____

11.- ¿Conoce usted algunos mitos sobre la lactancia materna?

Si ( ) NO ( )

12.- Si la respuesta anterior fue afirmativa. Señale cuál de los siguientes mitos es verdadero o falso

	Verdadero	**Falso**
La mejor forma de reponer los nutrientes que pierde la madre al fabricar leche, es tomar también leche		
El tomar infusiones de hierbas mejora la calidad y la cantidad de la leche materna		
Ciertos alimentos mejoran la calidad y la cantidad de la leche materna		
El escape de leche entre las tomas y el chorreo por el otro pecho durante la toma es señal de que la producción es muy abundante		
Es habitual que las hijas de madres que no pudieron amamantar por no tener suficiente leche, tengan el mismo problema cuando son madres		
Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan		
Las impresiones fuertes o los sustos pueden cortar la producción de leche		
Mientras se amamanta hay que evitar el frío en la espalda porque disminuye la producción de leche		
Es mejor esperar a sentir el pecho lleno para amamantar		
Una madre que amamanta debe comer más para producir suficiente leche		
Bañarse en agua fría, corta la leche		
Sentir los pechos blandos es una señal de baja producción		
Tengo la leche aguada y no es de excelente calidad la leche para dar de lactar		
Si la madre queda embarazada de nuevo, debe suspender la lactancia		
Algunos alimentos cambian el sabor de la leche y no se deben consumir, como naranjas ácidas, espárragos, cebolla, ajo, alcachofas o picantes		

La lactancia prolongada más allá de los 12 meses del niño carece de valor, ya que la calidad de la leche materna apenas aporta nada importante al niño		
Nunca se debe despertar a un bebé para darle de mamar, el sueño alimenta tanto como la leche		
La lactancia prolongada es culpable de la deformación de los pechos		
Dar de mamar impide quedar embarazada		
El uso de antibióticos corta la leche		

FIRMA

ANEXO 2

Solicitud dirigida a directiva de Hospital Regional Isidro Ayora para la recolección de datos.

Loja, 27 de Abril del 2013

Señor, Doctor
Jorge Guapulema
Director del Hospital Regional Isidro Ayora

Me dirijo a usted muy atentamente para solicitarle de la manera más comedida se me permite recopilar información mediante la aplicación de una encuesta a las madres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, con el fin de desarrollar mi trabajo investigativo.

Por la atención brindada a la misma le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Xavier Andrés Ruilova Valle
C.I: 1104871676

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, ……estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: Nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y sus mitos en madres adolescentes postparto entre 15 y 18 años de edad en el hospital isidro ayora de Loja.

Se me ha informado que la presente investigación tiene como objetivo, determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna y se aplicara una encuesta anónima, de preguntas que he de responder con la mayor responsabilidad posible

Mi participaciones voluntaria, ya que la presente investigación no atenta contra mi pudor, por lo cual, y para que así conste, firmo el presente consentimiento.

A los……. Días, del mes de……del 2013

……

FIRMA

INDICE

PORTADA……..……..…..……I

CERTIFICACIÓN…….……II

AUTORÍA……..…….……..…...III

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS……..……IV

DEDICATORIA……..……...……..V

AGRADECIMIENTO……..……..……VI

I. TITULO…….……..…..7

II. RESUMEN/SUMMARY……..…..8 - 9

III. INTRODUCCIÓN……...……...10 - 12

IV. REVISIÓN DE LITERATURA…….....13 – 45

V. MATERIALES Y MÉTODOS……...……46 - 48

VI. RESULTADOS…….……49 - 57

VII. DISCUSIÓN…….……..58 - 60

VIII. CONCLUSIONES……..…….…..61

IX. RECOMENDACIONES……62

X. BIBLIOGRAFIA…….…63 - 65

XI. ANEXOS……..…….....…666 –71

XII. INDICE……..……72