



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LACTANCIA MATERNA PARA
ADOLECENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD
N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA, 2014**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: ZOILA CECILIA CAMPOVERDE VACA
MARÍA EUGENIA CHOCHO ZHICAY**

DIRECTORA: MGT. ADRIANA ELIZABETH VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA: MGT. AYDÉE NARCISA ANGULO ROSERO

**CUENCA - ECUADOR
2014**

RESUMEN

Objetivo. Aplicar una estrategia educativa en lactancia materna para adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud N° 1 Pumapungo de la ciudad de Cuenca.

Material y métodos. Es un estudio de investigación-acción, se trabajó con una muestra por selección que incluye a 25 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud N° 1 Pumapungo en los meses de marzo, abril y mayo del 2014. Como técnica se empleó la entrevista y como instrumento un formulario elaborado por las autoras, además se utilizó trípticos informativos y carteleros para la estrategia educativa. Los resultados se presentan en tablas con su respectivo análisis descriptivo.

Resultados. El 20% de adolescentes han recibido capacitación sobre lactancia materna. El 72% tienen conocimientos insuficientes sobre el valor nutricional de la leche materna, el 52% cuenta con escasa información o ninguna sobre los beneficios de lactancia materna. El 84% consideran que la lactancia materna exclusiva es el mejor alimento, el 12% opinan que una nutrición adecuada es la lactancia combinada. El 56% señala que la lactancia exclusiva debería ser de seis meses y el 44% debe ser menor a 4 meses.

Conclusión. La estrategia educativa resultó efectiva. El 92% conocen los beneficios de la leche materna. El 100% están conscientes sobre la influencia de la alimentación de la madre en la producción de leche materna. El 96% comprende la relación directa que existe entre la producción de leche y el acto de amamantar. Un 92% entiende la importancia de continuar con la lactancia posterior a la introducción de alimentos en la dieta del niño.

PALABRAS CLAVES. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ESTRATEGIA EDUCATIVA. CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO, CUENCA-ECUADOR.

ABSTRACT

Objective. Apply an educational strategy on breastfeeding for pregnant teenagers attending the Health Center No 1 Pumapungo city of Cuenca.

Material and methods. It is a study of action research, we worked with a sample selection including 25 pregnant adolescents who attended the Health Centre No.1 Pumapungo in the months of March, April and May 2014 as interview technique was used as instrument a form developed by the authors, plus information leaflets and billboards for educational strategy was used. The results are shown in tables with their respective descriptive analysis.

Results. 20% of teens have received training on breastfeeding. 72% have insufficient knowledge about the nutritional value of breast milk, 52% have little or no information about the benefits of breastfeeding. 84% believe that exclusive breastfeeding is the best food, 12% believe that proper nutrition is the combined feeding. 56% said that exclusive breastfeeding should be six months and 44% should be less than 4 months.

Conclusion. The educational strategy was effective. 92% know the benefits of breast milk. 100% are aware of the influence of maternal nutrition on the production of breast milk. The 96% includes direct relationship between milk production and the act of breastfeeding. 92% understand the importance of continuing the post-introduction of foods in the diet of the child lactation.

KEYWORDS. EXCLUSIVE BREASTFEEDING, PREGNANT TEENS, EDUCATIONAL STRATEGY, HEALTH CENTER # 1 PUMAPUNGO, CUENCA-ECUADOR.

ÍNDICE

RESUMEN	2
CAPÍTULO I.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPÍTULO II.....	18
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	18
2.1 PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	18
2.1.1 LA LACTANCIA MATERNA EN EL ECUADOR	19
2.2 GENERALIDADES DE LA LACTANCIA.....	19
2.2.1 LA CREACIÓN DE VÍNCULOS MADRE-HIJO DURANTE LA LACTANCIA	19
2.2.2 INICIO DEL APEGO.....	20
2.2.3 EVOLUCIÓN DEL APEGO.....	21
2.2.4 EL APEGO DE ACUERDO CON EL PSICOANÁLISIS	21
2.3 LACTOGÉNESIS.....	22
2.3.1 Lactogénesis I	22
2.3.2 Lactogénesis II	23
2.3.3 Galactopoyesis	24
2.4 LA LECHE HUMANA.....	24
Composición.....	25
2.4.2 Leche Madura	27
2.5 Duración recomendada de la lactancia materna	29
2.6 Beneficios de la lactancia para la madre	30
2.7 Beneficios de la lactancia para el bebé	31
2.8 Inconvenientes de la lactancia artificial.....	32
2.8.1 Disminución del vínculo afectivo	32
2.8.3 Mayor riesgo de infecciones.....	33
2.8.4 Mayor riesgo de enfermedades crónicas.....	34
2.8.5 Disminución del desarrollo Cognitivo.....	34
2.9 Habilidades de comunicación en la Lactancia Materna	35
2.10 Estrategia Educativa	36

2.10.1 Componentes de un Programa Educativo.....	36
Desarrollo de la Estrategia Educativa.....	38
CAPÍTULO III.....	72
MARCO REFERENCIAL	72
DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN	72
CAPÍTULO IV	74
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	74
OBJETIVO GENERAL.....	74
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	74
CAPÍTULO V	75
DISEÑO METODOLÓGICO	75
7.1. Tipo de estudio	75
7.2. Área de estudio.....	75
7.3. Universo	75
7.5. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	77
7.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	80
7.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	80
7.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	81
CAPÍTULO VI	82
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	82
Discusión	98
CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES.....	109
BIBLIOGRAFÍA	110
PLANIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA	121
ANEXOS.....	123



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Zoila Cecilia Campoverde Vaca, autora de la tesis “ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LACTANCIA MATERNA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA, 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 07 de octubre del 2014



Zoila Cecilia Campoverde Vaca

CI. 1717854507



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, María Eugenia Chocho Zhicay, autora de la tesis "ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LACTANCIA MATERNA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA, 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 07 de octubre del 2014



María Eugenia Chocho Zhicay

CI. 0105552418



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Zoila Cecilia Campoverde Vaca, autora de la tesis "ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LACTANCIA MATERNA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA, 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autora.

Cuenca, 07 de octubre del 2014



Zoila Cecilia Campoverde Vaca
CI. 1717854507



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, María Eugenia Chocho Zhicay, autora de la tesis "ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LACTANCIA MATERNA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA, 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autora.

Cuenca, 07 de octubre del 2014



María Eugenia Chocho Zhicay

CI. 0105552418

DEDICATORIA

Con todo mi cariño esta tesis se la dedico a ustedes:

En primer lugar se la dedico a mi Dios y la Virgencita quienes supieron guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A Rodolfo, Rubí, Sebastián por su amor, apoyo, paciencia y comprensión, que prefirieron sacrificar su tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por su bondad, sacrificio, ayuda en los momentos difíciles, y los recursos necesarios para estudiar. Gracias amado esposo y queridos hijos por estar siempre a mi lado.

A mis padres por brindarme todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos., porque gracias a ellos sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

Zoila Campoverde Vaca

DEDICATORIA

La presente tesis va dedico a Dios por darle salud y vida y con mucho amor y cariño a mis padres y mi esposo porque gracias a su apoyo puedo concluir mi carrera, de manera muy especial a mi padre porque desde la distancia que se encuentra a sabido brindarme los recursos necesarios y estar siempre apoyándome incondicionalmente, a mi madre por ser siempre mi guía y aconsejarme para cada día ser una mejor persona mediante sus consejos y enseñanzas.

A mi esposo y mis hermanos por brindarme su apoyo y confianza porque de esa manera fomentaron en mí el deseo de superación y anhelo de triunfo, gracias a mis docentes por enseñarnos esta hermosa profesión y les prometemos que resaltaremos y dejaremos en alto la profesión de Enfermería.

María Eugenia

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento:

A nuestra directora de tesis, la mgt. Adriana Elizabeth Verdugo Sánchez por su generosidad al brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad fundamentales para la concreción de esta tesis.

A nuestra asesora de tesis, la mgt. Aydeé Angulo Rosero por sus valiosas sugerencias y acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo; por su permanente disposición y desinteresada ayuda.

A la Facultad de Ciencias Médicas en especial a la escuela de **ENFERMERÍA** al personal docente que por medio de sus conocimientos impartidos en clase y prácticas han permitido lograr adquirir nuevos conocimientos para nuestra vida profesional.

LAS AUTORAS

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

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 hábito de la lactancia natural en los países industrializados.⁽¹⁾

En América Latina y el Caribe, el 40% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante el primer semestre y los neonatos empiezan a amamantarse en sus primeros 60 minutos después del parto. Según la OPS/OMS lo ideal es dar el seno materno exclusivo hasta el sexto mes de vida. El apoyo a las madres durante el embarazo y después del parto es importante; la consejería y educación a cargo de los profesionales de la salud pueden mejorar estas prácticas y extender la lactancia hasta los dos años.⁽²⁾

Virginia Castillo, Rosa Lamas afirman: “En los últimos años hemos visto un marcado aumento de embarazos en adolescentes entre 14 y 19 años y junto con ello una disminución de la práctica de la Lactancia Materna, la que no alcanza a llegar a los 6 meses de vida de los lactantes. Los estudios muestran que la mayoría de los niños alimentados con lactancia exclusiva alcanzan un óptimo crecimiento y desarrollo, lo que demuestra la importancia de continuar con lactancia materna exclusiva y no sustituirla con leche artificial”.⁽³⁾

La importancia de la lactancia materna es vital, porque se trata de uno de los elementos más importantes para la vida humana no sólo en términos nutricionales, sino en componentes afectivos y de apego que rodea al acto de amamantar.⁽³⁾

El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, la madre es sensible durante la lactancia y su interés se da por la alimentación y cuidado

de su hijo. Sin embargo en las madres adolescentes, hay un desafío por el nuevo ser que tienen a su cuidado por eso se puede presentar ansiedad por el desconocimiento y falta de experiencia.⁽⁴⁾

Las infecciones diarreicas o respiratorias agudas son las principales enfermedades de los menores que no reciben leche materna porque no tienen un sistema de defensas fortalecido. Entidades oficiales y ONG han previsto la realización de varios actos, campañas masivas y de promoción para que las madres privilegien la alimentación adecuada a sus hijos recién nacidos.⁽⁵⁾

En la Maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil, el amamantamiento depende del estado socio-económico de la madre. El 90% de las mujeres de un estatus socioeconómico bajo da el seno a sus hijos pero cuando mejora su condición esto se reduce. En la zona rural de la Sierra y Amazonía el período de lactancia alcanza hasta los 17 meses, mientras que en las mujeres de estatus social alto la cifra es cada vez menor.⁽⁵⁾

La Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la lactancia materna aprobada por el Congreso Nacional en 1995 establece que “La lactancia materna representa un derecho natural del niño y es el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo (sin embargo esto no se cumple). En la Ley, el Estado se compromete a capacitar a las mujeres embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna y del peligro que significa el uso de los biberones y chupones para los lactantes”.⁽⁵⁾

Por todo lo anteriormente expuesto, hemos considerado oportuno considerar una estrategia educativa sobre lactancia materna en adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud N° 1 Pumapungo. Esta iniciativa de educación, ha permitido incrementar los conocimientos, aptitudes y prácticas sobre el tema, llegando a cumplir con todas las expectativas, llenar sus vacíos y así mejorar el bienestar del bebé.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Si en Latinoamérica los recién nacidos y menores de un año están en riesgo de morir por falta de una adecuada nutrición, decenas de miles de vidas podrían salvarse con una adecuada lactancia materna” Autoras

La maternidad en la adolescencia es un problema social que va en aumento y una de las principales contrariedades con que se enfrenta una joven madre, que no estuvo preparada para serlo, es el escaso conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna y las prácticas.⁽⁶⁾

En el Centro de Salud N° 1 “Pumapungo” del cantón Cuenca, encontramos adolescentes embarazadas que acuden a esta área de salud. Es notorio el desconocimiento sobre lactancia materna, por ello que esta práctica pasa desapercibida por la falta de orientación, educación por parte de la familia, comunidad y del entorno que le rodea.

De la adecuada alimentación del recién nacido depende su desarrollo y buena salud, la madre debe tener una buena alimentación, por ello se debe orientar a consumir una mejor calidad de alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales, además la importancia del hierro que contribuye al metabolismo adecuado del ser humano y mucho más de una mujer en estado de lactancia.⁽⁷⁾

En base a lo expuesto se emitió la siguiente pregunta:

¿Será que el abandono de la lactancia materna en los primeros meses del neonato tiene relación con la edad de la madre, desconocimiento sobre lactancia materna, técnicas de amamantamiento, beneficios de la leche materna, embarazo precoz?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La leche materna es el alimento natural producido por las madres humanas, cuyo propósito primordial es la alimentación o para amamantar al recién nacido. Se considera generalmente la mejor fuente de nutrición para los niños, este contiene proteínas y nutrientes necesarios para su desarrollo, es limpia y genera el vínculo madre-hijo.⁽⁸⁾

Desde que la UNICEF y la OMS lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en 1991-1992, esta ha crecido con más de 20.000 hospitales designados en 156 países alrededor del mundo en los últimos 15 años. Durante este tiempo, un número de reuniones regionales sirvieron de guía y proveyeron de oportunidades para establecer vínculos y recibir retroalimentación de profesionales.⁽⁸⁾

Como resultado del interés y la necesidad imperiosa de actualizar el paquete de la IHAN, UNICEF en estrecha coordinación con la OMS, efectuó la revisión de los materiales en los años 2004-2005, con varias personas que apoyaron la ejecución (Genevieve Becker, Ann Brownlee, Miriam Labbok, David Clark y Randa Saadeh). Esta iniciativa incluyó un cuestionario aplicable que fue revisado por expertos, de ello se elaboró un borrador que fue expuesto en todo el mundo. La versión completa del borrador de los materiales fue incluida en los sitios Web de UNICEF y la OMS como “Versión Preliminar para la Implementación en Países”.⁽⁸⁾

Después de un año de prueba, se presentó en una serie de talleres regionales con varios países, UNICEF y la OMS se reunieron con las coautoras mencionadas y concluyeron la resolución de los temas técnicos que habían sido planteados. La versión final fue completada a fines del año 2007 y se espera actualizar estos materiales hacia el 2018.⁽⁸⁾

La alimentación exclusiva permitiría evitar alrededor de un millón y medio de muertes infantiles cada año y el desarrollo de otros varios millones de niños

mejoraría considerablemente. La Primera mamada, es un acto de importancia, para evitar el "Trauma alimentario" (aversión al pecho); lo ideal es que todo niño sea alimentado del seno de su madre por el contacto inmediato, la succión es el mejor estímulo para la secreción de leche materna, lo cual fortalece el correspondiente reflejo fisiológico.⁽⁹⁾

La leche de madres bien nutridas en condiciones ambientales favorables para una lactancia exitosa, asegura una adecuada alimentación hasta los seis meses, por lo que se recomienda el amamantamiento en forma exclusiva durante este período. A partir del sexto mes, los lactantes están en condiciones de recibir alimentos complementarios, aunque la leche materna sigue siendo la mejor fuente de nutrientes y de defensas hasta bien avanzado el segundo año.⁽¹⁰⁾

Los mitos y creencias en relación al tema son varios, por lo que cada madre tiene sus propias consideraciones generándose una gran variedad de aptitudes y prácticas, algunas de ellas son beneficiosas para el niño y otras lo perjudican, muchas veces quienes son madres en período de lactancia, modifican sus dietas porque escuchan consejos populares de amigas, revistas y familiares para garantizar una mejor lactancia. Estas recomendaciones bien intencionadas usualmente van dirigidas a la producción de leche en mayor cantidad y calidad.⁽¹⁰⁾

Al estar al tanto de todos estos acontecimientos nos hemos propuesto elaborar y aplicar una Estrategia Educativa destinada a adolescentes embarazadas con el propósito de infundir conocimientos y prácticas adecuadas en lactancia materna promoviendo un autocuidado de la madre – niño, importancia sobre la leche materna, ventajas , desventajas, técnicas de amamantamiento, entre otras. Con la finalidad de que en el futuro sus niños tengan un óptimo estado nutricional y evitando enfermedades graves que pueden llevarlo a la muerte.⁽⁹⁾

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA ⁽¹¹⁾

La promoción de la lactancia materna ha adquirido gran relevancia debido a las ventajas tanto biológicas como psicológicas y económicas. Esta actividad de promoción de la lactancia natural debe desarrollarse desde el periodo prenatal tanto a nivel individual como de grupo de mujeres gestantes.

El equipo de salud debe estar comprometido en la ejecución de prácticas encaminadas a motivar a las futuras madres. Esto supone elaborar programas de difusión acerca de la importancia de la lactancia; ofrecer información sobre la técnica y posibles dificultades que puedan presentarse, así como promover campañas tendientes a la difusión de esta práctica en la comunidad.

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

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

2.1.1 LA LACTANCIA MATERNA EN EL ECUADOR

El fortalecimiento de la lactancia materna es un eje fundamental para erradicar la desnutrición infantil, un objetivo estratégico del Plan Nacional del Buen Vivir.

Cifras de la lactancia materna en el Ecuador:

- La prevalencia de lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural (53,9%) que en el área urbana (39,6%).
- El porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia es mayor en la región Andina (52,9%) que en la Costa (25,4%).
- El 71,6% de madres indígenas amamantan a sus hijos, mientras que solamente el 34,5% de madres mestizas dan de lactar a sus hijos.

En un informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Endemain) realizada en 2012 indica que en Ecuador el 43,8% de niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva.⁽¹²⁾

2.2 GENERALIDADES DE LA LACTANCIA

2.2.1 LA CREACIÓN DE VÍNCULOS MADRE-HIJO DURANTE LA LACTANCIA

Un Buen Apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño.

El vínculo afectivo madre-hijo se gesta desde el momento de la fecundación. De la manera como la madre asuma esta relación dependerá, en gran medida, el adecuado desarrollo de su hijo.

El psicoanalista Bowlby afirma que la formación de una relación cálida entre niño y madre es crucial para la supervivencia y desarrollo saludable del menor, tanto como lo es la provisión de comida, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina. Así, el amor materno en la infancia es tan crucial para la salud mental como lo son las vitaminas y las proteínas en la salud física.⁽¹³⁾

2.2.2 INICIO DEL APEGO

En el útero el bebé está inmerso en un medio acuoso, ingravido, tibio y de penumbra. Aunque es un ambiente cerrado, no está aislado de los estímulos internos y externos:

- El fluido amniótico conduce toda una gama de sonidos que se originan en el cuerpo de la madre, como: el peristaltismo intestinal, los ruidos cardiovasculares y respiratorios, los sonidos guturales, la voz, la risa, el llanto o el canto. Todos ellos, unidos a los sonidos placentarios, se convierten en verdaderas cascadas que activan el sistema nervioso del bebé.
- Los movimientos naturales de la madre: caminar, agacharse, sentarse y acostarse, hacen que el saco amniótico se meza y rote al tiempo con ella. También la respiración materna produce ondas suaves en el líquido amniótico, que estimulan al bebé en el vientre.
- El líquido amniótico está en permanente producción. Es formado y reabsorbido cada 11 días. Este intercambio genera un movimiento suave en remolino que estimula táctilmente al niño. El olor del líquido despierta su olfato y, cuando lo deglute, su sabor amargo sensibiliza sus papilas gustativas.
- El bebé succiona el pulgar, lo que favorece el desarrollo de los reflejos que le permitirán alimentarse en la etapa extrauterina, produciendo además en él, una agradable sensación de placer que satisface muchas de sus necesidades emocionales.⁽¹⁴⁾

2.2.3 EVOLUCIÓN DEL APEGO

En el momento del nacimiento se rompe el vínculo físico que los mantuvo unidos durante nueve meses, para dar paso a otro tipo de relación que los mantendrá juntos durante la primera infancia: La Lactancia.

La leche materna no solo calma el hambre del bebé sino que propicia el esperado vínculo afectivo entre la madre y su hijo, un elemento muy importante y decisivo para el desarrollo cerebral, intelectual, emocional y biológico de todo niño. Los estudios han demostrado que al nacer, los niños se sienten uno solo con su madre y por eso es muy importante que inmediatamente después del alumbramiento se de el contacto piel a piel, que el bebé comience a lactar en su primera hora de vida.

Este vínculo afectivo, llamado por los especialistas apego, ha demostrado ser responsable de la futura salud emocional e intelectual de los niños. La lactancia materna es la forma más eficaz y natural de conseguirla. Los niños que son amamantados desarrollan mejor la confianza básica que se da durante el primer año de vida, y que influirá en su forma de relacionarse con los demás en su vida adulta.

El contacto piel a piel que se da durante la lactancia ayuda a que la separación entre la madre y el niño, producida tras el parto, no sea brusca, lo que le da confianza y contribuye al equilibrio emocional y afectivo del bebé.⁽¹⁵⁾

2.2.4 EL APEGO DE ACUERDO CON EL PSICOANÁLISIS⁽¹⁶⁾

El psicoanalista Erikson considera la situación de la lactancia como la mejor forma para crear el apego. La madre que deja algunas veces con hambre al bebé o le desteta muy pronto, es más probable que tenga un hijo ansioso y que no desarrolle un sentido de confianza en los demás. La desconfianza provocará una sobredependencia. Los niños que durante su infancia no

aprenden a confiar en los otros, posiblemente de mayores rechazarán las relaciones cercanas de mutua-confianza.

La situación de amamantamiento ofrece oportunidades para tener una interacción consistente y predecible con la primera persona que le proporciona cuidados al niño; madre e hijo están engranados conjuntamente en una “danza” nutricional, lo que es el prototipo de otras intervenciones que serán la base para otros aspectos del desarrollo de la vida del niño. Durante el amamantamiento existen oportunidades de atención por parte de la madre, contacto directo y caricias. La estimulación auditiva, táctil y vestibular que el contacto corporal y la atención de la madre le proporcionan en la situación de amamantamiento son importantes para otras áreas del desarrollo. Las capacidades auditivas del recién nacido le permiten una interacción social; al hablarle durante el amamantamiento, el niño atiende selectivamente y se orienta hacia la voz humana, particularmente si la voz tiene alta modulación de intensidad y tono. El niño adicionalmente demuestra una “sintonía interaccional”, donde sus movimientos aparentemente sin intención se coordinan con el ritmo de la voz humana que escucha a su alrededor.

2.3 LACTOGÉNESIS

La producción de leche se conoce como lactogénesis y se refiere al desarrollo de la habilidad para secretar leche, lo que requiere activación de células alveolares maduras. Se han descrito dos estadios de la lactogénesis.

2.3.1 Lactogénesis I

Los estrógenos y la progesterona secretados por la placenta, son hormonas esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo, pero inhiben la secreción de leche, la hormona prolactina estimula esta secreción y su concentración en sangre se eleva constantemente desde la quinta semana del embarazo hasta el nacimiento del niño.

También la placenta secreta grandes cantidades de somatomamotropina coriónica humana que coadyuva la acción de la prolactina y posee una pequeña actividad lactogénica. Por esta razón, a pesar de los efectos inhibidores de los estrógenos y la progesterona, la glándula mamaria secreta un compuesto llamado calostro entre 10 y 12 semanas antes del parto.⁽¹⁷⁾

El estado II de la lactogénesis es el inicio de la secreción copiosa de leche que se produce después del parto (del segundo al octavo día).

Inicialmente la lactancia es regulada hormonalmente; luego, es regulada por la succión y la extracción de leche.

2.3.2 Lactogénesis II

Después de la expulsión de la placenta comienza la segunda parte de la lactancia. La disminución repentina de progesterona da comienzo a esta nueva etapa de la lactancia. La nueva madre comenzará a producir leche madura dentro de los 3 a 5 días siguientes al parto. Hasta por dos semanas la leche continúa siendo una mezcla de calostro y leche madura; es la etapa de transición de la leche.

Un recién nacido llega al medio ambiente estéril. Inmediatamente, un gran número de bacterias comienza a colonizar su piel y sus membranas mucosas, que están localizadas a lo largo de su cuerpo. Un bebé que está siendo alimentado exclusivamente con calostro tiene una ventaja enorme sobre el que está siendo alimentado artificialmente por las inmunizaciones protectoras que le provee la leche de su madre. Las cualidades del calostro humano son únicas pues está diseñado especialmente para el desarrollo de los bebés.

2.3.3 Galactopoyesis: mantenimiento de la secreción

La leche producida en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente, y por eso no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya es necesaria la acción de la oxitocina. En respuesta a la succión, esta hormona liberada por la hipófisis posterior induce el reflejo de eyección láctea por contracción de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos y conductillos proximales.

En este reflejo interviene una vía aferente nerviosa que se inicia en receptores táctiles localizados en el sistema canalicular distal: cuando los canalículos son dilatados mecánicamente o estirados por la succión, se desencadena la liberación de oxitocina. Esta pasa a la circulación y causa la contracción de las células mioepiteliales, empujando la leche fuera de los alvéolos hacia los conductos mamarios; el acortamiento de estos en respuesta a la oxitocina facilita el drenaje de leche hacia el pezón.

Los niveles de oxitocina en sangre se elevan en un minuto de estimulación del pecho, permanecen elevados durante la estimulación, y regresan a niveles basales en los seis minutos posteriores al fin de la estimulación del pezón. Este aumento y caída de los niveles de oxitocina continúa en cada alimentación durante el curso de la lactancia, aun si la madre amamanta por un período extenso.

La oxitocina tiene otra importante función: la contracción del útero materno. La contracción uterina ayuda al control del sangrado posparto, y favorece la involución del útero. El útero no sólo se contrae durante el amamantamiento, sino que continúa su contracción rítmica hasta 20 minutos después.⁽¹⁸⁾

2.4 LA LECHE HUMANA

2.4.1 El Calostro. Es un fluido espeso, amarillento, presente en el pecho durante el embarazo y durante 2 a 4 días después del nacimiento. Es

diferente de la leche madura en muchos aspectos, y es una mezcla de la secreción mamaria preparto que empieza a acumularse en el pecho desde cerca a la vigésima semana de embarazo (estadio I de la lactogénesis) y nuevas secreciones resultantes de los efectos en la glándula mamaria de los cambios hormonales que acompañan al trabajo de parto y post-parto. Aunque en pequeña cantidad (40-50 cc durante las primeras 24 horas), el calostro es un nutriente ideal y una sustancia inmunológica que ayuda a asegurar la transición exitosa del recién nacido del ambiente intra-uterino a un ambiente extrauterino no estéril. ⁽¹⁹⁾

Composición

La leche humana es alta en proteínas y en componentes inmunológicos. Contiene grandes cantidades de anticuerpos y de otros factores de protección tales como lactoferrina, lisozima, vitaminas A y K y factores de crecimiento cuya principal función es la de proteger al bebé de los agentes patógenos presentes en el medio ambiente y contribuir a la maduración del organismo del recién nacido.

Principales propiedades del Calostro:

- Facilita la eliminación del meconio (primeras heces del bebé) tiene un efecto laxante.
- Previene infecciones gastrointestinales que facilita la reproducción del lactobacilo bífido una bacteria no dañina que impide el crecimiento de bacterias patógenas en el intestino del recién nacido.
- Estimula la maduración del organismo del recién nacido gracias a los factores de crecimiento que contiene. ⁽²⁰⁾

Leucocitos del calostro⁽²⁰⁾

El calostro tiene más anticuerpos que los producidos por la placenta. Las inmunoglobulinas o anticuerpos de la madre que formó como respuesta a las enfermedades a lo largo de su vida, pasan al bebé a través del calostro. Sin embargo no le dejan inmunidad permanente, le protegen hasta que empieza a madurar su sistema inmunitario, hacia los tres años.

Proteínas del calostro⁽²⁰⁾

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

Son proteínas de protección frente al crecimiento de bacterias patógenas como la E. Coli. La abundancia de proteínas y la escasez de grasas del calostro están en consonancia con las necesidades y reservas del recién nacido.

Otras Vitaminas⁽²⁰⁾

El recién nacido dispone de una reserva mineral y vitamínica, según la dieta de la madre durante la gestación. Las vitaminas B12 y vitamina B9. Se encuentran combinadas con una proteína y así impiden que las bacterias proliferen, pues estas precisan ambas vitaminas para su desarrollo. La vitamina A se encuentra en niveles muy elevados en el calostro, protege y previene de la afectación ocular.

El calostro es rico en vitaminas liposolubles (E, A)⁽²⁰⁾

Al tercer día el nivel de vitamina A puede ser el triple que en la leche madura. Y el de vitamina E dos o tres veces mayor que en la leche definitiva.

Los niveles de vitamina C, hierro y aminoácidos, son los adecuados y superiores a los de la madre.

La leche de transición aparece entre el 5º y 10º día post natal. En este periodo el volumen de producción aumenta drásticamente y se le conoce como “bajada de la leche”. La leche de transición va cambiando con los días hasta tener las características de la leche madura.

2.4.2 Leche Madura ⁽²¹⁾

Composición

La leche materna, es específica para los seres humanos. Contiene todo los nutrientes requeridos para la alimentación de un bebé recién nacido.

El componente más abundante de la leche materna es el agua. Por esta razón, se ha observado que no es necesario dar suplementos de agua a los lactantes amamantados. Aun en zonas calurosas y secas, la leche materna aporta la cantidad de agua necesaria al bebé.

Los elementos nutritivos de la leche incluyen grasas, proteínas, carbohidratos, minerales y vitaminas que sirven de combustible al cuerpo del niño, materiales para la construcción y el desarrollo de los tejidos.

Agua. La leche materna contiene 87% de agua y aporta la cantidad necesaria para el crecimiento del niño.

Proteínas. Las proteínas tienen un papel muy importante en el crecimiento y desarrollo del bebé. La leche humana hace que duplique el peso del bebé en 5 meses y su leche tiene 1,2 gramos de proteínas por 100ml.

Carbohidratos. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso, para la absorción de minerales o prevención de infecciones, son fundamentales para un buen

desarrollo del cerebro y en la absorción del calcio. Por eso se necesita cantidades elevadas en los primeros meses de vida cuando el cerebro tiene un crecimiento rápido.

Grasas. Al principio de la toma, la leche es ligera y al final se vuelve cremosa, pues es de 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Es este cambio de textura lo que permite que el recién nacido sacie primero su sed y luego el apetito. Las grasas tienen un rol energético importante, permiten mantener la temperatura del cuerpo. La leche humana tiene más ácidos grasos esenciales para el desarrollo del recién nacido.

Vitaminas. La leche materna contiene todas las vitaminas necesarias para el bebé.

La vitamina A es un nutriente esencial para el desarrollo de los ojos, las defensas contra las infecciones, el crecimiento y mantenimiento de los tejidos. La lactancia materna protege al niño de la deficiencia de esta vitamina.

Se nota baja concentración de vitaminas B1, B2, B6, B9, B12 y K pero estos niveles permiten cubrir las necesidades de recién nacidos sanos. La vitamina K es muy importante para prevenir hemorragias.

El nivel de vitamina C es más alto en la leche humana. Esta vitamina ayuda a la absorción por el intestino del hierro contenido en la leche. Por eso desempeña un rol importante en la prevención de la anemia.

Minerales. La leche humana aporta minerales como el calcio, el hierro, el sodio, etc.

El calcio es el mineral más abundante en el cuerpo, casi todo el calcio sirve en el esqueleto (los huesos), y en los dientes. Está también involucrado en muchos procesos fisiológicos, incluyendo la contracción muscular, la transmisión de impulsos nerviosos, los mecanismos de coagulación y la

activación de enzimas. El hierro tiene un rol importante en la prevención de la anemia. La leche materna contiene poco hierro pero este es muy asimilable por el bebé. La baja concentración de sodio en la leche materna es la adecuada para el niño.

El impacto del estado nutricional de la madre sobre la calidad de su leche es limitado. Incluso cuando el aporte de nutrientes y energía es bajo, se produce leche en cantidad y calidad suficiente para permitir el desarrollo saludable del niño. Sin embargo para la salud de la madre, es recomendable que tenga una dieta balanceada.

2.5 DURACIÓN RECOMENDADA DE LA LACTANCIA MATERNA. ⁽²²⁾

LA OMS considera que la Lactancia Materna Exclusiva (LME) debería ser hasta los 6 meses. La LME tiene menor incidencia de diarreas e infecciones respiratorias y por las siguientes razones:

1. Buen incremento ponderal a los 6 meses con lactancia materna exclusiva.
2. Lactancia materna exclusiva en relación al desarrollo psicomotor. Los niños amamantados gatearon antes en forma significativa.
3. En relación a medidas que favorecían a la madre:
 - a) Diferencia significativa en la recuperación de peso pre-embarazo en las mujeres que seguían amamantando hasta los 6 meses.
 - b) Tiempo de amenorrea, amamantando hasta los 6 meses era significativamente mayor.

Se considera que la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los 6 meses. El complementar antes la lactancia conlleva riesgos para el niño y lo priva de beneficios significativos para su salud y desarrollo. Además para la madre significa una amenorrea más corta, aumentando su probabilidad de concebir nuevamente y una pérdida de peso menor, haciendo que el retorno al peso pre-

concepcional se dificulte o demore más. Estas conclusiones fueron claves para las decisiones tomadas en la Asamblea Mundial de Salud del 2001, donde las discusiones acerca de la duración óptima de la lactancia materna exclusiva terminaron, quedando los 6 meses como edad recomendada para iniciarla alimentación complementaria, siempre evaluando el caso individual.

En relación al momento óptimo del destete total cuando el niño ya está recibiendo alimentación complementaria, es decir, la edad que se debería dejar de amamantar, aún no hay publicaciones que confirmen una edad determinada.

La OMS y la UNICEF recomiendan la lactancia materna hasta los dos años de edad y la tendencia es que el destete sea guiado por el niño.

Esta posición es ratificada por la Academia Americana de Pediatría en su nueva declaración sobre Lactancia y Leche Humana 2005.⁽²³⁾

2.6 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA LA MADRE ⁽²⁴⁾

- Las hormonas que se producen durante la lactancia relajan y facilitan el sueño.
- La lactancia materna favorece una relación muy especial con el bebé.
- Aparta la tristeza y la depresión después del parto. Cada toma es un tiempo de tranquilidad y alegría.
- Dar el pecho al niño en el momento más próximo posible al parto facilita la recuperación, porque al mamar se favorece la producción de una hormona oxitocina que hace que se contraiga el útero, por esta razón sangrará menos, durante menos días y el útero volverá antes a su tamaño normal y tendrán menor riesgo de anemia.
- La lactancia materna, al contribuir al funcionamiento normal de las mamas, disminuye el riesgo de tener cáncer de mama y de ovario.

- En las mujeres que han amamantado a sus hijos, existe menor riesgo de osteoporosis y fractura de cadera en edad avanzada.
- El cuerpo se recupera mejor después de una larga lactancia, por lo que el organismo utiliza la grasa acumulada durante el embarazo en las caderas y otras partes del cuerpo para fabricar la grasa de la leche.

2.7 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA EL BEBÉ. ⁽²⁴⁾

La leche materna es la continuación del cuidado y protección que reciben los bebés a través del cordón umbilical. Ofrece una alimentación y nutrición equilibradas.

- La leche materna es la primera vacuna que recibe el niño, los anticuerpos de la leche materna le protegen del contagio de muchas enfermedades (infecciones respiratorias, de oído y urinarias) y fortalecen sus defensas; el efecto se prolonga hasta mucho después de terminar la lactancia.
- Los niños alimentados con leche materna tienen menor riesgo de: alergia a los alimentos, diarrea, infección respiratoria, bronquitis, neumonía, otitis, eczema, asma y diabetes en la infancia.
- La lactancia favorece que la madre pase al intestino del niño a través de su leche, sus anticuerpos y las bacterias necesarias para que el recién nacido pueda hacer la digestión de los alimentos de forma adecuada y produzca vitamina K, que es un factor necesario para la coagulación de la sangre y de gran importancia para evitar hemorragias en el recién nacido.
- La leche materna contiene todos los elementos necesarios para el desarrollo correcto del cerebro y del sistema nervioso; los niños prematuros y nacidos a término alimentados al pecho presentan mayor cociente intelectual que los que no lo han sido.

- La lactancia es fuente de seguridad y consuelo. El contacto íntimo, piel con piel, refuerza el vínculo del niño con su madre.
- La lactancia materna se relaciona con menor riesgo de muerte súbita infantil, favorece la liberación de la hormona del crecimiento, facilita el desarrollo de los huesos del paladar, de las mandíbulas y de los dientes.
- La leche materna ofrece protección al niño frente a la aparición de enfermedades degenerativas vasculares en la edad adulta.

2.8 INCONVENIENTES DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL ⁽²⁵⁾

2.8.1 Disminución del vínculo afectivo

La madre que amamanta se siente muy íntimamente ligada a su bebé. Por el intercambio de miradas y por la secreción de oxitocina. Pero es que el bebé encuentra en el pecho el amor de su madre, recibe su calor, se siente protegido y se refugia en él; cuando lo succiona se consuela con facilidad, se alimenta y, además, le supone alivio natural del dolor.

La leche artificial tiene peor sabor y, además, siempre es el mismo. La leche materna modifica ligeramente su sabor según los alimentos ingeridos por la madre.

El estómago del bebé se tarda en vaciar de leche artificial unas tres horas y tan sólo una y media en el caso de leche materna. Así mismo, se ha descrito un retraso en la eliminación de meconio y una mayor frecuencia de reflujo gastroesofágico en los niños alimentados con biberón.

2.8.2 Inconvenientes para el sistema digestivo

El estómago del bebé se tarda en vaciar de leche artificial unas tres horas y tan sólo una y media en el caso de leche materna. Así mismo, se ha descrito

un retraso en la eliminación de meconio y una mayor frecuencia de reflujo gastroesofágico en los niños alimentados con biberón. Es mucho menos frecuente que un lactante que amamanta regurgite y si lo hace, hay que evaluar la postura al mamar.

2.8.3 Mayor riesgo de infecciones

El lactante pequeño tiene una serie de carencias defensivas. La función fagocítica y del complemento son poco adecuadas.

La lactancia artificial supone un aporte defensivo nulo para el bebé. A diferencia de la leche materna, carece de células con función inmune, como los fagocitos, que engloban las bacterias, y los linfocitos T, que son absorbidos por el bebé; carece también de IgA específicas y de agentes antimicrobianos como la lactoferrina. La ausencia de bacterias lácticas (probióticos) es la causa de que la flora intestinal de los lactantes alimentados con biberón sea predominantemente patógena.

La LM (Lactancia Materna) tiene un efecto tan importante sobre la respuesta inmune que el desarrollo inmunológico normal del lactante depende directamente de ella. Se ha comprobado que la respuesta inmunitaria, tanto humoral como celular, frente a las vacunas es menor en los lactantes alimentados con LA (Lactancia Artificial).

Por todo ello, no es extraño que la LA (Lactancia Artificial) aumente la incidencia y/o gravedad de las diarreas, de las infecciones de vías respiratorias bajas como neumonías y bronquiolitis (a mayor duración de la LM (Lactancia Materna), menos incidencia de infecciones del tracto respiratorio), de otitis medias agudas y de infecciones de orina, sin duda cuatro de los tipos de infecciones más frecuentes en el lactante. Los lactantes amamantados por sus madres durante más de tres meses sufren menos infecciones o son más banales, lo que ha llevado a considerar el pecho materno como el órgano inmunitario del bebé.

A la sociedad le representa un alto costo económico que muchos bebés se alimenten con biberón. Al sufrir más infecciones, sobre todo durante la época de la lactancia, requieren un mayor número de visitas en urgencias y de ingresos hospitalarios y consumen más exploraciones complementarias y fármacos, principalmente antibióticos y antitérmicos. Como los bebés enferman más, sus padres presentan un mayor ausentismo laboral, lo que conlleva una reducción de la productividad y que cambien con más frecuencia de empleo.

2.8.4 Mayor riesgo de enfermedades crónicas

La leche artificial no favorece la maduración intestinal, porque carece de los factores de crecimiento epitelial presentes en la leche materna. Que la leche artificial no tenga especificidad de especie, que carezca de efecto inmunomodulador y antialérgico, y que el intestino del bebé alimentado con biberón sea más tiempo permeable a las macromoléculas, influyen sin duda en que se describan más frecuencia de alergias, de diabetes, de enfermedad inflamatoria intestinal, de enfermedad celíaca, de esclerosis múltiple, de artritis crónica juvenil, de leucemia y de linfoma.

2.8.5 Disminución del desarrollo Cognitivo

Se ha descrito que el desarrollo intelectual de las personas que han sido alimentadas con biberón es significativamente peor que el de los alimentados al pecho, incluso cuando se eliminan otros posibles factores de confusión como el nivel socioeconómico de los padres. En los niños amamantados se describen mejores niveles de función cognitiva a los 6-23 meses que en los que recibieron LA, y esta diferencia es más llamativa si se analizan los bebés prematuros. Cuanto más tiempo ha sido amamantado el bebé, mayores son los beneficios del desarrollo cognitivo.

2.9 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA LACTANCIA MATERNA⁽²⁵⁾

Dar el pecho es agradable. Para la mayoría de las mujeres lo es desde los primeros momentos. Otras, en cambio, tienen que superarse por algunas dificultades. 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.

Las mujeres describen de distintas maneras sus sensaciones y vivencias cuando dan el pecho a sus bebés. Los motivos de mayor satisfacción que ellas suelen destacar se refieren a:

- Establecer un diálogo especial e íntimo con el bebé a base de sonrisas, miradas y caricias. Algunas madres aprecian que con el bebé que ha sido amamantado largo tiempo tienen una capacidad de comunicación única y especial.
- Ser la primera persona en descubrir los logros del bebé.
- Serlo todo para el bebé en esos momentos y no necesitar nada más.
- Poder tranquilizar al bebé en cualquier momento dándole el pecho.

La lactancia materna ejerce un importante papel para el desarrollo de un vínculo de apego saludable y duradero. Este apego firme es la base de las relaciones de tipo afectivo que el niño podrá desarrollar en la edad adulta. Contrariamente a creencias muy difundidas entre población general y sanitarios, los bebés que toman el pecho no son más dependientes, sino más seguros.

En la crianza de los bebés deben ser alimentados muy a menudo para que la madre se vincule a su bebé y lo mantenga, soporte y cuide durante muchos años. Además, dar el pecho se hace cara a cara en la especie humana. Y

está comprobada la importancia para el apego de las interacciones cara a cara entre el bebé y su cuidador.

2.10 ESTRATEGIA EDUCATIVA ⁽²⁶⁾

Según Odderey Matus, hacen referencia a un conjunto de actividades, en el entorno educativo, diseñadas para lograr de forma eficaz y eficiente la consecución de los objetivos educativos esperados. Desde el enfoque constructivista esto consistirá en el desarrollo de competencias por parte de las personas beneficiadas. Una de las herramientas más usuales en este tipo de estrategias es el análisis DAFO. (Fortalezas Amenazas, Debilidades Oportunidades).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), define estrategia educativa como una serie de actividades y recursos encaminados a lograr los objetivos propuestos por una institución o persona. Por lo que se considera un instrumento de importancia en el proceso de enseñar de manera individual y colectiva. En este sentido la estrategia educativa sobre lactancia materna debe responder a todas las necesidades de información que la embarazada requiera sobre el tema.

En especial el personal de enfermería es el más indicado para fomentar acciones educativas como diseño y elaboración de programas sobre lactancia materna con el fin de incrementar la información a las embarazadas.

2.10.1 Componentes de un Programa Educativo⁽²⁶⁾

Un programa educativo debe contener recursos y medios, los cuales deben estar bien estructurados con alternativas de acciones y sus resultados esperados. Por lo que sus componentes deben llevar planes para ejecutar, controlar y evaluar las acciones en el tiempo determinado.

De acuerdo a la referencia, un programa educativo debe presentar sus líneas de acción enfocado en una secuencia básica que incorpore la enseñanza en un contexto de estrategias. En este sentido el programa educativo será aportado por las autoras de la investigación-acción como una de sus actividades en la consulta prenatal.

DESARROLLO DE LA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

TEMA 1

ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA LACTANCIA

OBJETIVO.- Dar a conocer a las madres adolescentes temas como el inicio de la lactancia, contacto piel a piel, tipos de pezones, conducta inmediata al nacimiento, posiciones correctas del amamantamiento, para en el futuro tengan bases para la crianza de su niños.

INICIO DE LA LACTANCIA ⁽²⁷⁾

El período del embarazo es un momento muy adecuado para informar a las madres sobre las ventajas de la lactancia materna y para instruir las sobre cómo llevarla a cabo con éxito.

La lactancia se realiza durante el período postparto, que es un estado de transición desde la etapa de estrecha relación que hay entre la madre y su hijo/a durante el embarazo hacia un período de mayor autonomía para ambos. El período postparto es esencial para el desarrollo de los niños, para la recuperación de la madre, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.

Es esencial dar el pecho lo más pronto posible tras el parto, porque estimula la producción de leche que tendrá lugar entre el tercer y quinto día. Hasta entonces, su bebé se alimentará con la primera leche que producen los pechos y que se llama calostro, alimento rico en proteínas, sales minerales, vitaminas y anticuerpos que protegen de las infecciones.

El mejor comienzo es que su bebé inicie la lactancia en la primera media hora de vida. Después del parto se intensifican en el niño los reflejos de búsqueda del pezón y de succión, y en la madre se desencadena el reflejo de oxitocina para expulsar la placenta, contraer las paredes uterinas y protruir el pezón y el cono areolar para facilitar el acoplamiento de la boca del niño en la primera toma.

Cuando un niño nace a término tiene destrezas neuro sensoriales y motoras suficientes para reconocer el olor de su madre (el pezón secreta una sustancia odorífera que estaba en el líquido amniótico y que el niño reconoce), visualiza el pezón-areola y se acopla para succionar vigorosa y armónicamente.

Si después de nacer es dejado sobre el abdomen de su madre, el intenso reflejo de búsqueda del pezón, hace que el niño deslice instintivamente buscando el pecho si se los deja tranquilos durante más o menos 40 minutos. Si esto no sucede, la madre lo puede acercar para que trate de encontrarlo. Antes de los 20 minutos el niño generalmente sólo boquea y lame el pecho, sin llegar a acoplarse al pezón y succionar. Luego, cuando lo visualiza, efectúa un pequeño impulso con las piernas y brazos, y después de algunos intentos de ubicación, se acopla perfectamente y succiona.

La madre sentirá el efecto de la succión en las contracciones uterinas (entuerzos). Es el momento para recordarle la importancia de estas primeras mamadas para estimular la secreción de oxitocina y de prolactina y la iniciación de la lactancia.

Pasados esos primeros minutos, de gran actividad motora, el recién nacido se retira del pecho y adopta una actitud característica que se ha denominado “estado de alerta tranquilo”. Luego de unos 60 minutos, si está cómodo, se dormirá plácidamente.

Contacto de piel a piel, glicemia y regulación térmica

Es frecuente la variación en los niveles de glicemia en el neonato durante las primeras 24 horas de vida. En las 12 últimas semanas del embarazo, el feto acumula glucosa en el hígado en forma de glucógeno. Este será utilizado para las necesidades energéticas del niño en las primeras 12 horas postparto. Los procesos metabólicos requeridos para mantener la temperatura corporal son los que consumen la mayor cantidad de esa energía.

Cuando el niño no permanece en contacto piel a piel con su madre, la regulación de su temperatura se hace difícil, el consumo de energía es superior a la reserva y se produce una discreta hipoglicemia.

El contacto piel a piel con su madre y el calostro son suficientes para regular la temperatura en un niño recién nacido de término sano, sin necesidad de desgaste metabólico del glucógeno de reserva. Los niveles de glicemia en los niños que reciben pecho desde el nacimiento y permanecen con sus madres pueden ser hasta 10mgs más altos.

Ritmos basales

El contacto piel a piel de madre e hijo no sólo interviene en la regulación de la temperatura corporal, sino que además ayuda a organizar el ritmo cardíaco y respiratorio del niño, evitando la bradicardia y los episodios de apnea.

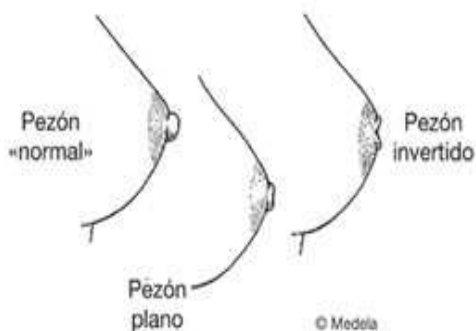
Por otra parte, las primeras mamadas del niño constituyen el estímulo fisiológico apropiado para organizar armónicamente los patrones funcionales de respiración-succión-deglución.

TIPOS DE PEZONES

Antes de que nazca el bebé, es útil saber qué tipo de pezones se tiene. Las mujeres pueden tener pezones de tipo diverso. Estas variaciones incluyen

pezones pequeños, grandes o especialmente largos, pezones planos o pezones invertidos.⁽²⁸⁾

Imagen N° 5 Acción de las hormonas sobre la lactancia



Fuente: Tipos de pezones.

Disponible en: <http://www.medelasml.com.ar/v2/E/breastfeeding/knowhow/types.php>

Los pezones son planos o invertidos porque tienen “adherencias” o ligamentos más cortos o más largos de lo habitual. El tejido es eréctil y tiende a alargarse con el estímulo. Según el curso de capacitación de la Consejería en Lactancia Materna, avalado por la OMS y UNICEF, los pezones planos o invertidos no presentan un problema a la hora de dar de mamar, ya que el bebé succiona del pecho y no únicamente del pezón. Porque este último no tiene un papel fundamental en la lactancia. La mayoría de los pezones mejoran en el momento cercano al parto sin ningún tratamiento, y en el momento de amamantar, la succión del bebé contribuye a que los pezones se proyecten hacia fuera.⁽²⁹⁾

El mismo amamantamiento puede ayudar a formar correctamente el pezón, por la succión del bebé ayuda a estirar las adherencias que acortan los pezones.

Existen ejercicios indicados para pezones planos e invertidos. No todos los profesionales recomiendan estos ejercicios y se deben realizar con estricto control médico.⁽³⁰⁾

Conducta inmediata al nacimiento. Contacto precoz⁽³¹⁾

Generalmente los recién nacidos tienen una fase de unas dos horas, en las que se encuentran muy despiertos y activos. En este periodo de tiempo, sino se interfiere y el parto no ha sido medicado, la mayoría consigue realizar su primera toma espontáneamente durante el contacto precoz piel-piel. Después pasan a una fase de sueño (letargo fisiológico, de “recuperación” del parto) que puede durar entre 8 y 12 horas.

El contacto piel con piel no sólo es importante para una buena instauración de la lactancia sino que ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre. Por todo ello, el contacto precoz se debe fomentar en todos los recién nacidos

El alojamiento conjunto y sin restricciones durante las 24 horas favorece la lactancia, al permitir al bebé acceder al pecho siempre que lo desee. Se sabe que las mujeres que tienen al recién nacido con ellas en todo momento están menos preocupadas y descansan mejor. Además, el lactante está más tranquilo porque tiene la posibilidad de satisfacer antes sus necesidades: nutricionales, de contacto, calor, cariño y seguridad. El principal estímulo para la producción de leche es la succión del niño y el vaciado del pecho, por ello, cuantas más veces él bebe lacte más cantidad de leche se producirá.

Es importante ofrecer el pecho a demanda, siempre que el bebé lo requiera. Los signos más precoces de hambre son el chupeteo, cabeceo, sacar la lengua, llevarse las manos a la boca; este es el momento ideal para ponerlo a mamar. No es bueno esperar a que llore para ponerlo al pecho ya que el llanto es un signo tardío de hambre y no será fácil que se agarre al pecho hasta que se haya tranquilizado.

El recién nacido sano que lacte de manera adecuada y a demanda, no necesita otros líquidos diferentes a la leche materna. No es necesario ni recomendable ofrecerles agua o suero, salvo si hay indicación médica. Por

eso, antes de darle “suplementos” o cualquier otro alimento diferente de la leche materna es conveniente consultar con el pediatra.

Posiciones correctas de amamantamiento parto normal y cesárea.⁽³²⁾

Una buena posición al pecho permite al bebé un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche, el bebé queda satisfecho, el aumento de peso es el adecuado, la madre no tiene sensación dolorosa ni grietas y ambos disfrutan la lactancia.

Para que exista un buen agarre, tanto el lactante como su madre deben estar en una posición apropiada. Existen diversas posiciones para ambos, pero es necesario tomar en cuenta algunos puntos que deben ser seguidos para cualquier posición.

Posición de la madre

La madre puede estar sentada, acostada o parada, si así lo desea. Sin embargo, ella debe estar relajada y cómoda, sin ninguna tensión muscular, particularmente en la espalda. Si está sentada, su espalda requiere de un soporte y debería ser capaz de sostener al lactante contra su pecho sin necesidad de tener que inclinarse hacia adelante.

Posición del lactante

El bebé puede lactar en varias posiciones en relación a su madre, transversalmente al pecho y abdomen de la madre, bajo el brazo o a lo largo de su cuerpo. Cualquiera sea la posición de la madre o la posición del lactante en relación a ella, existen cuatro puntos ‘claves’ sobre la posición del cuerpo del lactante que son importantes ser aclarados.

- El cuerpo del lactante debe estar derecho, no curvado o doblado. La cabeza del lactante puede estar ligeramente extendida hacia atrás, lo cual favorece que el mentón esté muy cerca del pecho.

- El lactante debe estar frente al pecho. Los pezones, usualmente, apuntan ligeramente hacia abajo, de manera que el lactante no debe ser aplastado contra el pecho o el abdomen de la madre; debe ser colocado, sosteniendo su espalda, de manera que sea capaz de ver el rostro de su madre.
- El cuerpo del lactante debe estar próximo al de la madre, lo cual favorece la cercanía del lactante al pecho y que pueda tomar, en la boca, una buena porción.
- El cuerpo entero del lactante debe estar sostenido. El lactante puede apoyarse en la cama o se puede emplear una almohada o puede estar en el regazo o los brazos de la madre. La madre no debe sostener solamente la cabeza y el cuello del lactante. No debería agarrar las nalgas del lactante, ya que esto puede desplazarlo mucho hacia un lado dificultando que el lactante coloque su mentón y lengua por debajo de la areola.

Posiciones del bebe y la madre durante la lactancia ⁽³³⁾

Posición sentada clásica: El bebé debe colocarse con la cabeza apoyada en el ángulo del codo, con su mamá, el niño descansa en el antebrazo materno. La mamá debe estar cómoda, con la espalda bien apoyada contra el respaldo y el brazo que sostiene al niño descansando en el brazo del sillón o sobre la pierna elevada con un banquito. De la comodidad del cuerpo de la mamá, depende la comodidad del cuerpo del bebé, esto es muy importante para que él pueda alimentarse, succionar, gustar, deglutir y sentirse satisfecho, tomar su descanso y seguir chupando. Así aprenderán a acomodarse, a ajustarse uno al ritmo del otro. El cuerpo del bebé debe estar alineado con su cabeza y no debe estar girado.



Fuente: Posición sentada clásica.
Autoras

Posición “de Rugby”: la mujer deberá estar sentada en una silla cómoda o en la cama. El cuerpo del bebé debajo de la axila materna “estómago con costillas” con los pies en dirección opuesta a los pies de la mamá. La mamá sostiene la cabecita del bebé con la mano del mismo lado que el pecho. Esta posición es útil para las madres que han tenido a su bebé por cesárea, gemelares o prematuros.



Fuente: Posición de rugby. Autoras

Sentada “a caballito”: el bebé está sentado sobre el muslo materno, enfrentado el pecho. La mamá sostiene la cabecita desde la base del cráneo. Esta posición es muy útil en niños con reflujo gastroesofágico, con labio leporino o bebés hipotónicos



Fuente: Posición sentada caballito. Autoras

Posición acostada: el bebé acostado enfrentado a la mamá con la cara hacia ella, de tal modo que ambos puedan tener contacto visual. Esta es una posición cómoda para la hora del descanso y es muy útil para las madres con cesárea. Es importante conocer las posiciones de lactancia para identificar la posición ideal para que la lactancia sea un proceso armónico y satisfactorio.



Fuente: Posición acostada. Autoras

Agarre del pezón⁽³⁴⁾

Para estimular y extraer la leche del pecho, y para asegurar una adecuada provisión y un buen flujo de leche, el lactante necesita de un buen agarre, para que pueda succionar de manera efectiva.

Frecuentemente se presentan dificultades cuando el lactante no sostiene el pecho en su boca de manera apropiada y, por lo tanto, no puede succionar de manera efectiva.

En todas las posiciones lo fundamental es la posición de los labios y la lengua del bebé y para favorecer esto es conveniente que el bebé tenga:⁽³⁵⁾

- En el momento de prepararse para darle el pecho, la nariz del bebé estará a la altura del pezón.
- Acercar el bebé al pecho y no el pecho al bebé.
- Antes de atraerlo hacia el pecho, cuando va a empezar a lactar, la boca del bebé debe estar abierta completamente, como cuando bosteza, para que pueda tomar una buena parte del pecho y no sólo el pezón.
- Los brazos del bebé rodean a la madre en un abrazo, uno por encima, y el otro rodea el cuerpo de la madre y no debe quedarse atrapado entre ambos.



Fuente: Guía de lactancia materna.

Disponible en: <http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/posturas-y-posiciones-para-amamantar-2/>

Signos de una posición correcta⁽³⁴⁾

- Labios doblados hacia fuera. El labio inferior queda doblado hacia fuera, la barbilla contra el pecho materno.
- Se ve más areola por encima de la boca que por debajo.
- La nariz se apoya ligeramente sobre el pecho. La barbilla presiona el pecho todo el tiempo.
- Las mejillas del bebé están redondeadas y se mueven su mandíbula, sien y orejita.

- La lengua del bebé está debajo del pecho
- El bebé succiona y traga con pausas ocasionales y se oye cuando traga.
- El pecho se ve redondeado mientras lacta el bebé.
- La madre no tiene sensación dolorosa.
- El bebé suelta el pecho espontáneamente.

Signos de una posición incorrecta⁽³⁴⁾

La posición incorrecta se produce cuando el bebé lacta sólo del pezón, esto lo daña causando dolor y grietas a la vez que se impide vaciar bien el pecho, provocando ingurgitación, inflamación y, a veces, mastitis por no vaciarse bien el pecho. El bebé necesita mamar más tiempo (30 minutos o más) y nunca suelta el pecho por sí mismo. Las posiciones incorrectas podemos advertir a través de las siguientes señales:

- Más areola por debajo de la boca que por encima, o la misma cantidad por encima que por debajo.
- La boca del bebé no está bien abierta.
- El labio inferior está doblado hacia adentro.
- El mentón no toca el pecho.
- Las mejillas del bebé se hunden hacia dentro mientras mama, succión rápida y ruidosa (chasquidos).
- El pecho está tirante como si lo estiraran durante el tiempo que lacta.
- El pezón queda aplastado después de lactar.



Fuente: Guía de lactancia materna.

Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/00_StaticFiles/guia_lactancia-2.pdf

TEMA 2

TIEMPO DE LACTANCIA Y PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN

Objetivo.- Informar a las nuevas madres sobre la duración y frecuencia de amamantamiento, duración del acto de amamantar, técnicas, métodos de extracción y conservación de la leche que permitan conservar las características nutricionales óptimas de la leche, permitiendo así una mejor atención del recién nacido.

DURACIÓN Y FRECUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO ⁽³⁶⁾

Lactancia materna exclusiva significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua.

Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche.

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante seis meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Recomendaciones para iniciar la lactancia materna.

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida.
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupones.⁽³⁶⁾

Cuándo comenzar⁽³⁷⁾

Es importante que el recién nacido comience a tomar el pecho durante la primera media hora de nacido. Una vez que el niño(a) pasa a un periodo de somnolencia, se recomienda que permanezca con su madre, aunque no muestre interés por mamar. Pasado este periodo tan pronto despierte el recién nacido se debe ofrecer el pecho.

Los recién nacidos deberían ser alimentados cada vez que muestren signos de hambre tal como aumento del alerta o actividad, búsqueda del pezón. El llanto es un indicador tardío de hambre. Los recién nacidos deberían amamantar aproximadamente 8 a 12 veces cada 24 horas hasta su saciedad, usualmente 10 o 15 minutos en cada pecho.

Los recién nacidos bajan de peso la primera semana de vida aproximadamente un 8-10% de su peso, entre el segundo y el cuarto día de vida, cuando se produce la bajada de la leche, el recién nacido deja de perder peso e inicia a ganar peso, recuperando su peso entre los 10-14 días

de vida. En los primeros dos meses de vida la ganancia promedio de peso es de 30 gramos por día.

Duración y frecuencia entre tomas ⁽³⁸⁾

En las primeras semanas de vida, los bebés que no demanden alimentación y permanezcan dormidos deben ser despertados si hubieran pasado cuatro horas de la última toma.

Los recién nacidos precisan que se les dé el pecho con frecuencia, al menos cada 2 horas, y sin seguir un horario estricto. De esa forma se estimularán los pechos para que puedan producir leche. Los bebés amamantados comen con mayor frecuencia que los bebés alimentados con biberones. La lactancia no se debe efectuar más de veinte minutos en cada pecho, porque, además de no obtener ya más leche, puede deglutir aire.

Es importante que vacíe bien el primer pecho antes de ofrecerle el segundo. Es preferible ofrecer los dos pechos en cada toma, para asegurar una ingesta de leche adecuada, para estimular ambos senos y para prevenir una retención de leche en una de las mamas.

Si toma de los dos pechos, en la toma siguiente se deberá empezar por el último que se ofreció en la toma anterior. Si ha tomado sólo de uno, se le ofrecerá el otro en la toma siguiente.

En general, los niños alimentados al pecho hacen tomas más frecuentes (una hora y media, dos horas) que los niños alimentados a biberón, dado que la leche materna se digiere más rápidamente.

Cuando el bebé crece, lacta más eficientemente, su frecuencia y duración de cada lactada disminuye gradualmente. Un bebé de tres meses puede alimentarse completamente lactando 5 a 7 minutos de cada mama.

La progresiva madurez del bebé hará que las tomas se espacien, lo que junto con una mayor adaptación y conocimiento entre la madre y el bebé, facilitará el proceso de separación.

COMO SABER SI TOMA SUFICIENTE LECHE EL BEBÉ ⁽³⁹⁾

Hay distintos parámetros que indican que el lactante está recibiendo una correcta cantidad de leche:

- Aumento de peso.
- Varios pañales mojados al final del día.
- El lactante realiza al menos 8 tomas diarias.
- Patrones regulares de evacuación.
 - En el tercer y el cuarto día, deposiciones intermedias y 4 a 6 orinas.
 - En el quinto día, 3 a 4 deposiciones amarillentas y 6 a 8 orinas sin color.
- El niño se queda relajado después de la toma.

Los problemas frecuentes de la lactancia:

- Pezones invertidos o cortos, o pezones que no parecen ser muy protráctiles.
- Pezones que son tan largos que interfieren con la alimentación, porque algunos bebés succionan únicamente el pezón y no la areola.
- Rechazo a la alimentación, que necesita ser verificado en caso de un bebé enfermo, o que tenga un problema en la boca, como paladar hendido.
- Inflamación de los pechos, que se puede deber a pezones agrietados, por mastitis o por abscesos que exigen antibióticos y un buen cuidado médico. ⁽⁴⁰⁾

Extracción y conservación de la leche materna⁽⁴¹⁾

La extracción de leche materna es necesaria cuando madre e hijo no pueden estar juntos, por ausencia de la madre (incorporación al trabajo, estudio o enfermedad) o enfermedad del lactante y cuando se desea establecer, aumentar o mantener la producción.

La extracción puede ser útil en los primeros días tras el parto, cuando el bebé no se coge suficientes veces, para estimular mejor la “subida de leche” o cuando hay una disminución de la producción de leche (porque el bebé empieza a dormir toda la noche, o porque se ha establecido pautas erróneas como el uso de chupete o tetinas). En casos de grietas muy dolorosas o en el caso de pezones planos, puede ser útil utilizar el sacaleches unos minutos antes de ponerse al bebé al pecho, para estimular el pezón a la subida de la leche. Extracción Mecánica

Extracción de leche usando un sacaleches simple.⁽⁴²⁾

- Primero masajea el pecho y estimula el pezón. Extrae la leche de ese pecho usando el sacaleches de tu elección hasta que solo obtengas unas gotas de leche. Durante el proceso de extracción puedes intentar la técnica de compresión del pecho para aumentar el flujo de la leche.
- Cambia al segundo pecho y repite el mismo proceso.
- Cuando el flujo de la leche se reduce en el segundo pecho cambia al primer pecho de nuevo y repite el proceso (pecho 1 y pecho 2).
- El proceso de extracción de leche se ha completado cuando sus pechos se notan suaves o ya no puede obtener más leche. Este proceso suele durar unos 20-30 minutos.

Básicamente hay dos tipos de sacaleches:

- Eléctricos
- Manuales

Sacaleches Manuales

Los sacaleches manuales son similares a los eléctricos simples, pero requieren que la madre utilice las dos manos y que haga esfuerzo para extraer la leche. Son más baratos y muy fáciles de encontrar en cualquier farmacia. Pesan poco y son pequeños, por lo que se transportan fácilmente. Al igual que los anteriores, se recomiendan para lactancias establecidas o extracciones de leche en el lugar de trabajo de la madre. Requieren cierta práctica de uso, suelen funcionar bastante bien y de hecho, son de los más vendidos.⁽⁴³⁾



Fuente: Guía para la extracción y conservación de la leche materna

Disponible en: <http://www.maternidadcontinuum.com/wp-content/uploads/2012/02/MCONTINUUM-EXTRACCION-Y-CONSERVACION-LECHE-MATERNA.pdf>

Extracción Manual

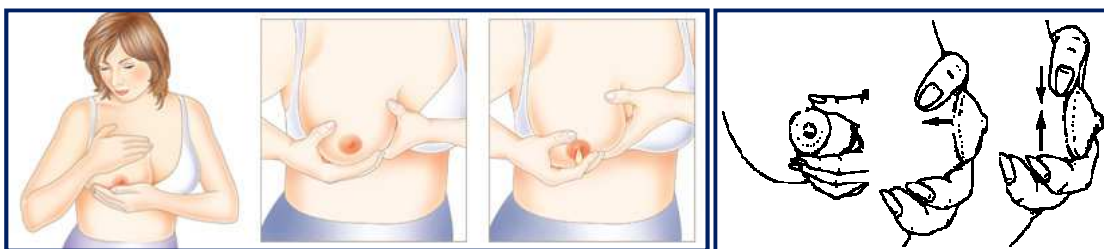
Este tipo de extracción permite a la madre familiarizarse con su pecho, no es dolorosa, no necesita ningún utensilio ni aparato para ello (puede realizarse en cualquier lugar) y es gratuita.⁽⁴³⁾

Hay madres que prefieren este tipo de extracción para evitar el tener que acordarse de llevarse el sacaleches, su lavado y esterilización. Es ideal para el postparto y para utilizar en caso de obstrucción del pecho.

La técnica es sencilla, y se desarrolla de la siguiente manera:⁽⁴⁴⁾

- Primero es necesario lavarse las manos y tener un recipiente esterilizado (en caso de un bebé prematuro o enfermo) o limpio y seco (en caso de un bebé a término y sano).

- Antes de comenzar la extracción de la leche la madre debe comenzar masajeando los pechos suavemente con el fin de mover la leche por los conductos y estimular el reflejo de eyección de la leche. Los movimientos del masaje deben de hacerse de forma circular y hacia la areola.
- A continuación, se debe agarrar el pecho con la mano en forma de letra C. El pulgar debe ponerse sobre el pecho y el índice debajo del pecho de forma opuesta al pulgar. Ambos dedos deben estar alejados del pezón, por encima de la areola o justo sobre la areola si ésta es muy grande. Si los dedos agarran el pezón la madre no obtendrá leche suficiente (o ninguna) y le causará dolor.
- Presionar el pulgar y el dedo juntos hacia la pared torácica, luego tirar juntos hacia el pezón y finalmente liberar. Repetir la acción de forma rítmica (presionar y liberar). La leche comenzará a gotear y puede llegar a salir en chorro.
- Una vez el chorro de leche empieza a disminuir la madre debe rotar los dedos alrededor del pecho y repetir la misma técnica por todos los segmentos del pecho (todos los 360° del pecho) hasta que empiece a obtener muy poca leche de ese pecho.
- Como ya se menciona, el pezón no se debe presionar porque le causará daño a la madre y no obtendrá leche. La madre debe también evitar el deslizar sus dedos sobre la piel porque puede dañar el tejido subyacente.
- Extraer la leche de cada pecho durante 3-5 minutos hasta que el flujo empieza a disminuir, entonces cambie al otro pecho. Hacer lo mismo en cada pecho de nuevo. El proceso completo debería durar unos 20-30 minutos.



Fuente: guía de lactancia materna.

Disponible en: <http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/extraccion-de-la-leche-materna/>

Existe una técnica, “**La técnica de Marmet**”, que se cree ayuda a la madre a obtener más leche cuando la extrae de forma manual. Esta técnica se dice que puede ser útil si la madre necesita extraer su leche a largo plazo pero no quiere o no puede utilizar un sacaleches. Esta técnica fue desarrollada por Chele Marmet (líder de la Liga de La Leche y Consultora de Lactancia). La técnica es la siguiente (suele durar unos 20-30 minutos): ⁽⁴⁴⁾

- Extrae la leche de cada pecho durante unos 5-7 minutos.
- Masajea, acaricia, agita.
- Extrae la leche de cada pecho durante unos 3-5 minutos.
- Masajea, acaricia, agita.
- Extrae la leche de cada pecho durante unos 2-3 minutos.



Fuente: guía de lactancia materna.

Disponible en: <http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/extraccion-de-la-leche-materna/>

Masajee las células que producen la leche y los conductos lácteos. Empiece por arriba del pecho y después mueve los dedos de forma circular en una zona presionando firmemente hacia la pared torácica. Repite alrededor del pecho.

Acaricie la zona del pecho desde arriba hacia el pezón de forma muy suave (casi como un cosquilleo).

Agita los pechos mientras se inclina hacia adelante. Así la bajada la leche recibe la ayuda de la gravedad.

Anote en el envase la fecha y la cantidad extraída.

Recomendaciones al momento de la extracción

Evite estos movimientos⁴⁵:



Fuente: Lactancia materna.

Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-lm_andalucia.pdf

- Evite apretar el pecho, ya que puede causar hematomas.
- Evite resbalar las manos sobre el pecho. Puede causar irritación en la piel.
- Evite tirar hacia fuera del pezón y del pecho. Puede dañar los tejidos.

MÉTODOS DE CONSERVACIÓN, DURACIÓN Y TRANSPORTE

La conservación de la leche es muy fácil. Puede usarse recién extraída o conservar a temperatura ambiente, en el frigorífico o incluso en un congelador doméstico. Conserve la leche extraída respetando el tiempo de duración de acuerdo al sistema que usted dispone: ⁽⁴⁵⁾

Temperatura ambiente

Siempre que ésta sea alrededor a los 21 °C: unas 10 horas.

En el frigorífico

Entre 0-5 °C: 48-72 horas.

En un congelador doméstico

A -20° C: Hasta los 6 meses desde la extracción, congelando, inmediatamente.

- En recipiente de plástico o cristal.
- En pequeñas cantidades (50-100cc).

- Para no tener que tirar la leche ni romper la cadena de frío; debe identificarse con la fecha de extracción.

Cualquiera que sea el método empleado para la conservación de la leche materna, se asegura que esta leche contiene todos los nutrientes y defensas que el bebé necesita, este es superior a cualquier otro alimento y no puede ser comparada o igualada con una leche artificial infantil.

Manipulación de la leche guardada⁽⁴⁵⁾

- o Descongele a temperatura ambiente. No descongele ni caliente en microondas, ya que se destruyen algunos componentes de la leche materna.
- o Caliente bajo un chorro de agua templada o al baño maría, pero nunca directamente al fuego.

Transporte⁽⁴⁵⁾

Para transportarla, se aconseja utilizar bolsas térmicas o nevera portátil y no romper nunca la cadena de frío. Esto es muy recomendable en aquellas madres que, por ejemplo, tienen un hijo ingresado y que por algún motivo especial no pueden quedar ingresadas con ellos.

TEMA 3

CUIDADOS DE LOS PECHOS Y PRODUCCIÓN SALUDABLE DE LECHE

OBJETIVO.- Informar a las madres adolescentes sobre la prevención de enfermedades q se puedan presentar durante la lactancia como candidiasis, mastitis, agrietamientos que dificulten el amamantamiento y que puedan afectar el bienestar físico y emocional del bebé y la madre.

PREVENCION DE OBSTRUCCION O MASTITIS

La mastitis puede desarrollarse en un pecho congestionado o a partir de un conducto obstruido. Los conductos obstruidos se presentan cuando no se retira la leche de una parte de un pecho. A veces esto sucede porque el conducto que sale de esa parte del pecho se tapa con leche espesa. Los síntomas son los de una mama sensible y con frecuencia la piel sobre la masa está enrojecida. La mujer no tiene fiebre y se siente bien.⁽⁴⁶⁾

Cuando la leche permanece en una parte del pecho, a causa de un conducto obstruido o a causa de una ingurgitación, se dice que hay una “éxtasis de leche” (la leche se ha detenido). Si no se retira la leche, puede causar una inflamación del tejido mamario que recibe el nombre de mastitis sin infección. A veces las bacterias infectan el pecho, y este cuadro se denomina “mastitis infecciosa”.⁽⁴⁶⁾

No es posible establecer si la mastitis es infecciosa o no, guiándose únicamente por los síntomas. Sin embargo, si todos los síntomas son severos, es posible que la mujer necesite antibióticos.⁽⁴⁶⁾

Una de las principales maneras de prevenir la mastitis es poner en práctica adecuadas maniobras de amamantamiento. Para lograr una lactancia materna eficiente y exitosa, existen algunas recomendaciones básicas a seguir:⁽⁴⁷⁾

- Amamante en un lugar cómodo. La madre debe sentarse en una silla con su espalda apoyada en el respaldo. Con los cuatro dedos de la mano debe levantar su pecho y con el dedo pulgar por arriba, detrás de la areola, tiene que ofrecer el pecho al niño.
- Con el mismo brazo con que sostiene el niño, acérquelo para que el pezón y la areola queden dentro de la boca. Para que este paso sea correcto, fíjese en que la nariz y el mentón del niño toquen el pecho y que el cuerpo del niño quede enfrentándola.
- Cuando la técnica es correcta, el bebé podrá sacar la leche, luego el niño envuelve la areola con su lengua, masajeándola contra el paladar. Los labios del menor se apoyan abiertos sobre el pecho y así el pezón se ubica en el fondo de su boca.
- Iniciar la lactancia antes de las dos horas post-parto.
- Lavado de manos de la madre con agua y jabón previos al amamantamiento.
- Implementar técnicas de extracción manual cuando se suspenda temporal o definitivamente la lactancia.
- Sin embargo, se dice que no solo la lactancia puede producir mastitis sino también puede darse por reacciones alérgicas o por un factor traumático: Sobre las reacciones alérgicas, se pueden dar, por ejemplo, cuando una paciente es alérgica a algunos componentes de cremas cosméticas. En el caso de las reacciones traumáticas, puede manifestarse por golpes directos, o bien cuando parejas adoptan conductas sexuales que pueden herir la mama y generar infecciones por las bacterias que habitan en la boca.

CANDIDIASIS EN EL PEZÓN ⁽⁴⁸⁾

La Candidiasis es una infección por hongos que se presenta en las madres que amamantan o lactan y son mayormente susceptibles si:

- Ha tenido una infección de candidiasis antes de que nazca el bebé.
- La madre o el bebé han tomado antibióticos.
- La madre tiene los pezones agrietados.
- La madre tiene diabetes.

Síntomas de Candidiasis en la Madre:

- Se le agrietan los pezones repentinamente.
- Los pezones se enrojecen y le arden o siente dolor punzante en los senos.
- El bebé tiene infección de candidiasis.

Síntomas de Candidiasis en el Bebé:

- Manchas blancas en la boca o lengua del bebé que no pueden limpiarse.
- Una salpullido de pañal que no desaparece. Puede ser rojo, de textura desigual y con descamación o estar pelado.

Tratamiento de Candidiasis

Generalmente una infección de hongos no desaparece por sí sola. Su médico puede recetarle medicinas para la madre y el bebé. La medicina puede ser frotada en la piel o en la boca; también en forma de pastillas o líquido para tomarlos.⁽⁴⁸⁾

Sugerencias para ayudar que la medicina funcione mejor⁽⁴⁸⁾

Para su bebé:

- Use un gotero para medir el medicamento en una taza pequeña.

- Use la medicina después de amamantar o lactar o dar de comer al bebé.
- Remoje un hisopo de algodón para ponerle la medicina en la boca y lengua del bebé.
- Siga las instrucciones del médico.

Para la madre:

- Enjuague los pezones con agua. Séquelos y aplique la medicina en crema recetada en el área de los pezones.
- Siga las instrucciones del médico.

Otras sugerencias⁽⁴⁸⁾

Lávese las manos con agua tibia y jabón y séquese con toallas de papel, antes y después de:

- Amamantar o lactar al bebé
- Cambiarle los pañales, y aplicarse las medicinas.
- Hierva por 20 minutos diariamente, todo lo que va a la boca del bebé. Esto incluye: chupones, biberones, mordedores, tazas, juguetes, sonajas.
- También debe hervir todas las partes de su equipo para sacar la leche de los senos.
- Tire todos los chupones de biberones y escobillas de dientes usadas durante el periodo de infección después de una semana de usar las medicinas.
- Mantenga el área de sus pezones secos. Con frecuencia cámbiese las almohadillas de lactar y su sostén.
- Lave con agua caliente todo lo que tenga contacto con el bebé o sus senos. Esto incluye todas las toallas, ropa, pañales de tela, sostenes.
- Use una toalla limpia y sostenes limpios diariamente.

- Comuníquese con su médico si usted o su bebé no mejoran a la semana de haber comenzado a usar las medicinas.

PEZONES CON AGRIETAMIENTOS

El dolor y las lesiones en el pezón son las principales complicaciones asociadas a la lactancia materna durante las primeras semanas de maternidad.

La incidencia de estos factores ha hecho que algunas madres que experimentan este tipo de complicaciones pueden cambiar a métodos de alimentación alternativos durante las seis primeras semanas después del parto.⁽⁴⁹⁾

Los agrietamientos son pequeños cortes profundos en el centro del pezón. Se deben a una mala posición del bebé al succionar, bien porque no abarca la totalidad de la areola dentro de su boca, o bien porque la posición de su cuerpo no ha sido la correcta en alguna toma. Además de producir las temidas grietas, la mala succión del bebé al mamar solamente del pezón puede ocasionar una extracción insuficiente de leche al no actuar correctamente su boca sobre los saquitos de leche que se encuentran bajo la areola. Si el bebé se coge al pecho de forma adecuada, la succión ni es dolorosa ni produce grietas.⁽⁴⁸⁾ Otros factores atribuyen también a la falta de habilidad en la extracción manual de la leche, falta de higiene de los pezones y mamas.⁽⁵⁰⁾

Algunas recomendaciones para evitar traumatismos a los pezones son:⁽⁵⁰⁾

- Asegurarse que la boca del niño esté en posición correcta sobre el seno para que no mastique el pezón.
- Cambiar de posición de alimentación en cada ocasión de manera que diferentes áreas del pezón se sometan a mayor tensión por la succión y el drenaje de los pechos será completo y correcto.

- No permitir que se congestionen los senos. Alimentar cada vez que el niño lo solicita y alternar las mamas en cada tetada.
- Mejore el drenaje del pecho con pequeños masajes antes y durante la toma, apretando el pecho suavemente en dirección al pezón.
- Lleve un sujetador que no le apriete demasiado.
- Exponga los pechos al aire todo lo que pueda, ya que acelera la curación de posibles alteraciones cutáneas.
- Inicie siempre la toma con el pecho más lleno o del que menos mamó el bebé en la toma anterior.
- No retire la leche ni limpie el pezón tras la toma. Deje secar el pecho al aire libre, y si puede extraiga una gotitas de leche y extiéndalas por toda la areola. La leche posee agentes desinfectantes y cicatrizantes muy eficaces que evitan la acción de organismos infecciosos.

HIGIENE DE LOS PEZONES⁽⁵¹⁾

Si cuando vamos a cocinar o a comer nos lavamos las manos y lavamos los alimentos, cuando se vaya a dar de lactar o a sacarse la leche es importante cuidar la higiene. Sobre este tema tampoco conviene exagerar. Hay que tener prácticas de higiene normales y lógicas, poniendo más cuidado cuando se trata de sacarse la leche con un sacaleches ya que, si en muchos casos el sistema inmunitario del bebé aguanta perfectamente unas pocas bacterias comunes, en el caso de guardar la leche, las bacterias podrían reproducirse en gran número durante el tiempo que pasa entre la extracción y la toma.

Las mamas y los pezones no necesitan más que agua, aire y sol para su cuidado. No es necesario (y es contraproducente) el uso de jabones o mezclas de alcohol y glicerina, así como el cepillado del pezón, que sólo logran quitar la cubierta de grasa protectora que naturalmente secretan las glándulas de Montgomery. Otras recomendaciones son:

- Lávese las manos siempre antes de dar el pecho a su hijo, antes de tocarse el pecho y antes de sacarse leche con su sacaleches.
- Para la higiene de los pechos, una ducha diaria es suficiente no siendo necesario lavar el pezón antes ni después de cada toma. Un lavado excesivo de los pezones podría llegar a irritarlos produciendo molestias durante la lactancia o el uso del sacaleches.
- Es recomendable el uso de discos absorbentes de lactancia. Estos discos se colocan entre el pecho y el sujetador, manteniendo el pecho limpio de escapes de leche y evitando que se ensucie la ropa. También mantienen el pecho y la ropa secos protegiendo los pezones de la humedad y la rozadura con la ropa.
- Procure no llevar ropa apretada ya que esta opresión sobre los pechos disminuye la producción de leche

TEMA 4

EL EFECTO DE LA LACTANCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE

Objetivo.- Dar a conocer la importancia de una buena alimentación de la madre durante la lactancia que le ayuda a su niño en su desarrollo y crecimiento.

Alimentación durante la lactancia

Para que la lactancia se lleve a cabo de manera exitosa, la madre debe prestar especial atención a su alimentación. La madre que da de lactar necesita mayores cantidades de alimentos de los que consumía durante el embarazo y sus requerimientos de energía aumentan 500 calorías al día.

La madre que da lactancia necesita consumir una alimentación balanceada para disponer de la energía y todos los nutrimentos que se utilizarán en la producción de leche materna.

Cuando no consume cantidades adecuadas de ciertas sustancias nutritivas, su salud puede verse afectada, ya que el cuerpo obtiene algunas de ellas de sus propias reservas para utilizarlas en la producción de leche.⁵² Una mujer bien alimentada durante la gestación, acumula parte de las reservas necesarias para iniciar la lactancia. Pero una mujer desnutrida, con reservas nutricionales escasas y alimentación insuficiente, produce la leche a expensas de sus propias reservas, esto ocasiona su desgaste físico y el deterioro de su estado de salud y nutrición. Esta situación se agrava aún más cuando se dan ciclos continuos de gestación y lactancia, es decir cuando el intervalo entre dos embarazos es menor de dos años⁵³

En los últimos años las investigaciones han confirmado que la mujer produce la leche necesaria para alimentar y desarrollar a su bebé, aunque algunos nutrientes no hagan parte de su alimentación diaria. De hecho, hay muy

poca diferencia entre la leche de la mujer en buena salud y la de la mujer mal alimentada.

Si la dieta de la madre es pobre en calorías, su organismo suministrará aquellas que hacen falta, gracias a las reservas adquiridas durante el embarazo o inclusive antes. A menos de que haya una razón fisiológica relacionada con una débil producción de leche, una mujer que amamanta está en capacidad de producir suficiente leche para su bebé, independientemente de lo que coma.⁽⁵⁴⁾

En la producción de leche materna, se invierten aproximadamente 800 calorías por litro, además del hecho que la madre también aporta los nutrientes que contiene la leche. Por estas razones es que se considera de gran importancia vigilar la alimentación de la madre en periodo de lactancia.⁽⁵⁵⁾

NUTRIENTES ESPECÍFICOS DE IMPORTANCIA PARA LA ALIMENTACIÓN DE LA MUJER LACTANTE EN POST-EMBARAZO⁽⁵⁶⁾

El requerimiento energético no es lo único que aumenta en la lactancia, la demanda de la mayoría de los nutrientes también crece. Es importante el análisis de algunos de ellos de manera individual para poner especial vigilancia al desarrollar el plan nutricional de la mujer.

Calcio (Ca)

La mujer lactante necesita compensar el calcio que pierde a través de la leche. Un adecuado consumo de calcio de la mujer en su edad temprana y pubertad es esencial para cubrir la demanda fisiológica durante la gestación y lactancia. La secreción diaria de Ca en la leche es entre 250-350 mg. Aunque no existe un requerimiento específico de este nutrimento, la recomendación de consumo diario del mismo es de 1300 mg para mujeres lactantes menores de 18 años y 1000 mg para la mujer lactante mayor de 20 años. Es importante señalar que un déficit crónico de calcio puede ser riesgo a mediano o largo plazo de padecer hipertensión, osteopenia u osteoporosis.

Alimentos ricos en Calcio que la mujer en post-embarazo debe consumir son: leche y lácteos descremados, sardinas, espinacas y berros.

Hierro (Fe)

En el primer semestre, si la lactancia es exclusiva, la cantidad de Fe excretada en la leche (0.3-0.9 mg/L) es menor a la pérdida por el flujo menstrual y no existen requerimientos extra de este nutrimento. Hay que considerar la restitución de la menstruación, para calcular las necesidades de hierro de la mujer lactante posterior a los primeros seis meses. La alta prevalencia de anemia, debe considerarse para favorecer un consumo suficiente de hierro para que la mujer restablezca un correcto estado de nutrición en relación al Fe. Se debe promover el consumo de alimentos ricos en hierro como hígado, vísceras, carne roja magra, espinacas, frijoles, lentejas.

Vitamina C

El requerimiento nutricional promedio (RNP) se considera de 90 mg al día y también es un nutriente presente en la leche, por lo que es muy importante promover el consumo de alimentos que sean buena fuente de éste. Las mejores fuentes alimentarias son guayaba y cítricos.

Ácido fólico

El ácido fólico es esencial para las bases de la biosíntesis de las proteínas, el ADN y el ARN. La producción de leche necesita cantidades importantes de ácido fólico, lo que se suma a que la presencia de polimorfismos de las enzimas encargadas de metabolizarlo hace obligatorio mantener la suplementación de este nutrimento en la alimentación materna por lo menos durante los primeros seis meses de vida del lactante. Su consumo se aumenta a través de verduras de hojas verdes y leguminosas como frijoles y lentejas.

Agua

La madre que da de lactar necesita tomar agua. La sed le indicará cuándo necesita beber. El cambio hormonal de esta etapa, ocasiona que muchas madres sientan más sed. Beber más agua no produce más leche. La leche humana contiene 87% de agua y la cantidad promedio que produce la mujer al día es de 750 mL; durante los primeros seis meses el agua requerida es menor de 1000 mL/día.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES Y ALIMENTOS FUENTE DE NUTRIENTES INDISPENSABLES DURANTE EMBARAZO Y PERIODO DE LACTANCIA		
Nutrientes	Alimentos fuente	Recomendaciones nutricionales Función
Carbohidratos	Papa, yuca, pan, pastas, arroz, tortillas, cereales (maíz, trigo), leguminosas (frijol, garbanzo, lentejas), plátano, camote, ichintal	Los carbohidratos son la principal fuente de energía para el organismo. Deben constituir del 50 al 60% del valor energético total de la dieta
Proteínas	huevo, queso, carne (pollo, pescado, conejo, u otra), soya y mezclas vegetales (frijol con arroz, frijol con tortilla)	El 10 o 15% de la energía requerida en el día debe provenir de las proteínas, de esta cantidad, el 66% debe incluir proteínas de origen animal o pueden ser de origen vegetal
Grasas	Aceites vegetales (semilla de algodón, olivo, palma, canola, etc), margarina, mantequilla, crema, mantequilla de maní, aguacate, mayonesa, manteca vegetal o animal	Deben preferirse las grasas ricas en ácidos grasos insaturados (aceites vegetales), las carnes gordas tienen más grasa saturada, por esto preferir las carnes magras (sin grasa). Moderar el consumo de mayonesa y grasas sólidas.
Vitamina A	Vísceras, yemas de huevo, vegetales de color verde intenso y amarillos (zanahorias, brócoli, maíz amarillo), frutas de color amarillo intenso (papaya, melón, mango, zapote), leche y sus derivados, grasas, azúcar fortificada con vitamina A, aceite de hígado de pescado.	Para mejorar la absorción de la vitamina A es recomendable combinar su consumo con alimentos fuente de grasas.
Vitaminas del complejo B (tiamina, riboflavina, niacina, piridoxina, cobalamina, ácido fólico)	Cereales integrales o enriquecidos, Leguminosas, pescado, carnes y aves.	Complementan la dieta, ya que actúan como enzimas (reguladores o facilitadores) en el metabolismo de los nutrimentos energéticos; lo que justifica que diariamente la madre consuma alimentos fuente de vitaminas del complejo B.
Vitamina C	Frutas cítricas, verduras, hierbas y hortalizas	Mejora la absorción del hierro de origen vegetal y del ácido fólico, por lo que su consumo debe ser simultáneo al de alimentos fuentes de estos nutrientes. Se recomienda que los jugos de frutas se preparen inmediatamente antes de consumirlos, esto se aplica igual

		al consumo de frutas frescas y crudas, para evitar la pérdida de la vitamina C, lo cual ocurre por su oxidación con el aire.
Calcio	Queso, yema de huevo, soya, vegetales verde oscuro, leche, queso duro y yogurt	Para acompañar las comidas de preferencia se recomienda el consumo de calcio.
Hierro	Vísceras (hígado, riñón, corazón), carnes rojas, yema de huevo, hierbas, leguminosas.	Para mejorar la absorción de hierro de los alimentos de origen vegetal se deben consumir en forma simultánea alimentos que provean vitamina C (frutas frescas, y vegetales). Por el contrario, el consumo de cafeína disminuye su absorción
Sodio Sal (una cucharadita contiene 2 gramos de sodio).	Leche, productos lácteos, huevos, carnes, espinaca, acelga y el apio. En altas concentraciones en productos enlatados y procesados.	El consumo adecuado de sal es de 5 gramos por día. Es frecuente encontrar en la embarazada la alteración del sentido del gusto, que la induce a consumir una cantidad excesiva de sal. Si aparece edema, reducir el sodio a menos de 4 gramos por día. Se pueden sugerir dietas hiposódicas equilibradas o bien sugerir la preparación de las comidas sin sal y reducir el consumo de embutidos y productos preparados o enlatados, por su alto contenido de sodio.
Potasio	Frutas, vegetales, cereales, banano, plátano, tomate, papa, zanahoria, apio, naranja, melón y uva	Los calambres son frecuentes en las mujeres embarazadas lo cual se debe a la falta de potasio, que es un componente esencial de las células y fluidos corporales. Se cubren los requerimientos mediante una dieta equilibrada.
Fósforo	Carnes, aves, pescados, huevos, leche y productos lácteos, leguminosas	Contribuye a la formación de la estructura ósea del nuevo ser. Conjuntamente con el calcio evitan la desmineralización de los huesos y dientes maternos
Yodo	Agua potable, mariscos, pescado, leche, huevos, y sal yodada	Es fundamental para el buen funcionamiento de los sistemas nervioso, muscular y circulatorio. Indispensable en el metabolismo de todos los nutrimentos. Contribuye a la prevención del bocio y el nacimiento de niños con cretinismo (retardo mental).

Agua	Agua pura, refrescos naturales, té, jugos de frutas, leche, caldos.	Se recomienda consumir 8 vasos de agua durante el embarazo y 16 vasos durante la lactancia. Evitar el consumo de refrescos envasados.
------	---	---

Fuente: Alimentación de la madre embarazada y en periodo de lactancia

Disponible en: <http://www.depadresahijos.org/INCAP/embarazoylactancia.pdf>

COMBINACIÓN DE LA LECHE MATERNA Y SUS PRIMEROS ALIMENTOS⁽⁵⁷⁾

La Alimentación Complementaria debería iniciarse de forma sencilla, divertida, en el momento adecuado para cada bebé, de manera gradual, con comprensión y respetando sus gustos. Es recomendable evitar épocas de enfermedad, dentición o cambio de rutinas.

Muchas veces, se indica la introducción temprana de otros alimentos haciendo hincapié en que el pequeño “gana poco peso con el pecho”. En ningún caso, la introducción de los alimentos debe ser anterior a los 6 meses. Las papillas, ni engordan más, ni alimentan mejor. Ningún alimento que pueda introducirse a esas edades engorda más que la leche materna, a excepción de los cereales, pero durante su primer año de vida, el alimento base debe ser la leche materna.

Mientras el bebé tome unas 4 ó 5 tomas de pecho al día, no es preciso ofrecerle otros alimentos lácteos como yogur, queso u otras leches en papillas o purés. Tampoco tiene sentido introducir papilla para que el niño duerma más, ni introducir otros alimentos antes de tiempo para que el niño se “acostumbre”.

No te preocupes excesivamente por el aseo mientras el niño come o experimenta con un alimento nuevo. Dejar que el niño “experimente” comiendo primero con sus dedos, y luego con la cuchara, le concederá autonomía a corto plazo. Es una buena idea que el niño coma en la mesa

con todos, la comida también es un acto social y el niño puede ver y aprender mucho de sus mayores.

Como su propio nombre indica, la alimentación debe ser “complementaria” al pecho durante el primer año de vida, y no sustituta de él. Se aconseja dar siempre el pecho antes y después de ofrecer una toma de alimentación complementaria: de esta manera, se preserva la producción de leche. Además, se ha demostrado que al tomar un nuevo alimento habiendo ingerido con anterioridad leche materna, se disminuye de forma considerable la aparición de intolerancias alimenticias en el lactante. Sólo para aquellas personas que se hayan planteado un destete precoz, y decidan abandonar la lactancia antes del año, se les sugiere sustituir la toma de pecho por tomas de alimento.

El horario para las comidas puede ser flexible. Debe adaptarse a las necesidades del niño y de la familia. Por ejemplo, si la madre trabaja fuera de casa, pueden darle la alimentación complementaria al niño cuando ella no esté, sin esperar a la “merienda de la tarde”; de esta manera el resto del tiempo, la madre lo puede dedicar a ofrecer el pecho a demanda y en exclusiva, y de esta forma, mantener la producción de leche necesaria para su correcto desarrollo.

No conviene introducir zumos (producen caries). No es necesario dar agua a un bebé pequeño, salvo en situaciones especiales, con el pecho a demanda ningún niño se deshidrata. Los bebés tampoco necesitan hierbas ni infusiones. Hay que tener cuidado con determinados productos, pues además de no beneficiar a nuestro hijo, pueden comprometer seriamente su salud.

Sería ideal no añadir ni sal, ni azúcar, ni miel, ni edulcorantes a los alimentos antes del año. Cuando se le añada sal a la comida, es aconsejable utilizarla yodada. Podemos enriquecer los purés de nuestros pequeños con algunas cucharaditas de aceite de oliva crudo, que potenciarán el sabor y le aportarán algo de energía extra.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE: Distrito de Salud 01D01 (Centro de Salud N°1)

DIRECCIÓN: Av. Huayna Capac #1-270 entre Cacique Duma y Calle Pisarcapac

TIPO DE INSTITUCIÓN: Institución Pública

a) UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

Se encuentra Ubicada en la provincia del Azuay, dentro de la zona Urbana de la Ciudad de Cuenca, pertenece al Distrito de Salud 01D01 Pumapungo, situado en la parroquia Cañaribamba, en la Av. Huayna Capac #1-270 entre Cacique Duma y Calle Pisarcapac. Diagonal al Banco Central junto al ministerio de Obras Públicas.

IMAGEN N°1

UBICACIÓN DEL DISTRITO DE SALUD 01D01



Fuente: Mapa del Distrito de Salud 01D01.
Disponible en: Googlemaps. 2014

b) LIMITES:

Al norte con la Av. Huayna Capac,

Al sur Paseo de los Cañarís.

Al este: Cacique Duma.

Al Oeste con la Av. 12 de Abril.

Misión de la Institución

El Centro de Salud N°1 Pumapungo es una institución perteneciente al MSP que brinda servicios atención primaria de Salud ambulatoria con calidad, calidez, eficacia y eficiencia, equidad, basado en el modelo de salud dirigida al individuo, familia y comunidad con enfoque cultural, para satisfacer sus necesidades y así mejorar se calidad de vida.

Visión de la Institución

Tener a la comunidad con condiciones de vida saludable, acceso gratuito y universal a los servicio, más casos complementarios, centrado en las personas, familia y comunidad, que garantice prestaciones de alta calidad, calidez, eficiencia, solidaridad, equidad, respetando la cultura ancestral, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, la participación activa de todos sus actores y con talento humano comprometido, capacitado, estable, en un ambiente agradable.

Servicios que presta la institución

Para atender las grandes demandas del Área y de otras áreas de influencia el Centro de Salud N°c1 Pumapungo, cuenta con: Medicina General, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Odontología, Enfermería, Estadística, Trabajo Social, Ecografía, Radiografías, Electrocardiogramas, Colposcopia, Laboratorio, Farmacia, Control Sanitario y Nutrición. Además se ha implementado la atención a todos los y las adolescentes que acuden a este Centro de Salud, mediante el programa de las ADAS.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Plantear y aplicar una estrategia educativa sobre lactancia materna en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud N° 1 Pumapungo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar las variables demográficas de la población de estudio: Edad, Residencia, Escolaridad, Convivencia, Estado Civil, Ocupación de la madre y tiempo de embarazo.
- Capacitar a las adolescentes embarazadas, sobre la importancia de la lactancia materna a través de talleres educativos.
- Evaluar los conocimientos adquiridos en los talleres educativos sobre lactancia materna.

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo de modalidad cualitativa porque nos permite conocer la percepción que tienen las adolescentes embarazadas sobre la lactancia materna.

7.2. Área de estudio

Área de ginecología del Centro de Salud N°1 “Pumapungo”, ubicado en la avenida Huayna-Capac.

7.3. Universo:

Se trabajó con un universo infinito de adolescentes embarazadas que asistían al control prenatal al Centro de Salud N°1 “Pumapungo”, durante los meses marzo, abril y mayo del año 2014.

7.4 Muestra.

El marco muestral lo constituyeron 25 adolescentes que asistieron al control prenatal al Centro de Salud N°1 “Pumapungo”, durante los meses marzo, abril y mayo del año 2014.

7.5 Unidad de análisis

Adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre 11 y 19 años que cumplieron con los criterios de inclusión.

7.6 Fuente de información

Información Primaria: Los datos se obtuvieron de manera directa con la aplicación de la encuesta estructurada a las adolescentes embarazadas que asistieron al control prenatal y decidieron participar de la investigación.

Información Secundaria: Previa a la encuesta, se leyó el asentimiento informado (anexo 1), el cual fue aceptado mediante su firma. Se les aclaró a las madres adolescentes que se protegería la identidad y la confidencialidad de sus respuestas.

7.7 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Todas las madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N°1 Pumapungo de la Ciudad de Cuenca, durante los meses marzo, abril y mayo del año 2014.

Exclusión

- Madres adolescentes que expresan su deseo de no participar en el grupo de investigación.

7.8 Variables

- Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres adolescentes.
- Edad
- Residencia
- Escolaridad
- Convivencia
- Estado Civil
- Ocupación de la madre.
- Tiempo de embarazo

7.5. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Edad	Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".		Edad en años	< 13 años adolescencia Temprana. 13 a 16 años adolescencia Media 16 a 19 años adolescencia Tardía
Residencia	Lugar, donde mora alguien o algo	Área Zona	Perteneciente o relativo a la ciudad Perteneciente o relativo a la vida en el campo	Urbano Rural
Escolaridad	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada.	Escuela Colegio	Nivel de estudio adquirido	Primaria Completa Primaria incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta
Convivencia	Vida en común con una o varias personas		Ámbito familiar	Pareja Mamá Papá Padres Hermanos Abuelos Tíos Otros familiares
Estado Civil	Clase o condición social de la vida de cada una de las personas		Varían de acuerdo al tipo de relaciones que mantiene una persona.	Soltera Casada Divorciada Unión Libre Viuda

Ocupación de la Madre	La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo	Ocupada Desocupada	Ocupación que la madre desempeña	Estudiante Empleada Privada Quehaceres Domésticos
Tiempo de embarazo	El tiempo es una magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos.	Edad de Gestación	Tiempo del embarazo, comprendido entre la primera semana y la última	1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre
Planificación del embarazo	Es la decisión libre y voluntaria de hombres y mujeres de determinar cuándo y cuantos hijos tener.			Planificado No planificado
Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres adolescentes.	Conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o punto de vista que la madre adolescente posee sobre lactancia materna.	Capacitación sobre lactancia materna en conocimientos conceptuales y Holístico.	Información que se imparte durante el embarazo mediante varias formas.	Si No Escasa
		Tiempo de la primera toma	Momento óptimo para comenzar con la lactancia Materna	Enseguida del parto Media hora posterior al parto Cuarto de hora posterior al parto Una hora posterior al parto Dos horas posteriores al parto
		Componentes nutricionales de la leche materna.	Conocimientos nutricionales de la leche materna	Si No Escasa
		Nutrición de la madre	Relación entre la alimentación de la madre y la producción del eche.	Si No Escasa

		Producción de la leche	Relación de producción de la leche materna y succión	Si No Escasa
		Conservación de la leche materna extraída	Lugar de mantenimiento de la leche extraída	Temperatura ambiente Uso del refrigerador Uso del congelador
		tipo de leche	Alimentación brindada por la madre a su niño durante sus 6 primeros meses	Leche materna Leche de formula Alimentación combinada Leche de vaca
		Prioridad de Lactancia Materna Exclusiva	Tiempo de la lactancia materna exclusiva	2 meses 4 meses 6 meses
		Alimentación complementaria	Alimentación combinada de alimentos y leche materna	Si No Escasa
		Generalidades de los pezones	Formación del pezón	Si No

Elaborado por: Zoila Campoverde y María Eugenia Chocho Z.

7.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1. Como técnica se utilizó la encuesta que permitió recolectar la información necesaria para educar, fomentar y concientizar a las adolescentes sobre lactancia materna.
2. El instrumento utilizado fue un formulario previamente diseñado por las investigadoras. (Ver anexo N° 1). Además se usó el documento de asentimiento informado.

Nuestra investigación inició solicitando la autorización a los directivos de la institución, para la aplicación de la estrategia educativa mediante un oficio dirigido al Director del Centro de Salud N° 1 “Pumapungo” de la ciudad de Cuenca, Dr. Edison Huanca. El cual fue aprobado.

Obtenido el permiso requerido para la investigación, se procedió a captar a las adolescentes embarazadas que acudían al área de Ginecología, a quienes se les informo los objetivos generales del estudio y se les solicito su colaboración y participación en la investigación.

Una vez firmado el asentimiento informado, se procedió a aplicar el formulario para la recolección de datos previo a la estrategia educativa. La aplicación del formulario se realizó en la consulta prenatal, con un tiempo establecido de 15 minutos. Finalizado la selección y recolección de los datos se procedió a socializar el cronograma de actividades para la aplicación de la estrategia educativa.

7.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el análisis de la información utilizamos: estadística descriptiva. Los resultados se presentan mediante tablas. Utilizamos los softwares estadísticos SPSS Statistics 20 y Excel 2010. El estudio cuenta con los permisos respectivos de los directivos del Área de Salud N°1, lo que garantiza el acceso a la base de datos.

7.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se realizó posteriormente a la firma de las madres adolescentes del asentimiento informado, donde se puntualizaron los datos relevantes de este estudio y se informó que la investigación no conlleva riesgos; el presente trabajo está basado en los principios de autonomía, derecho a la información y a la confidencialidad. Además, se les informó sobre el derecho de participar o no de la investigación, así como la posibilidad de retirarse de la misma en cualquier momento.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla N°1. Distribución de las 25 adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud “Pumapungo” según edad y residencia. Cuenca, 2014

EDAD	RESIDENCIA					
	RURAL		URBANA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14 a 16 años	5	20,0	4	16,0	9	36,0
17 a 19 años	4	16,0	12	48,0	16	64,0
TOTAL	9	36,0	16	64,0	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En la presente tabla se observa que el 64% de las adolescentes embarazadas se encuentran en la última etapa de la adolescencia (17 a 19 años) y residen en el área urbana, el 36% de las adolescentes pertenecen a la segunda etapa de la adolescencia (14 a 16 años) y son del área rural. En la investigación no se encuentran adolescentes embarazadas que se ubiquen en la primera etapa de la adolescencia (11 a 13 años).

Tabla N°2. Edad y nivel académico de las 25 adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca. 2014

NIVEL ACADÉMICO	EDAD					Total
	14 A 16 AÑOS		17 A 19 AÑOS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria Completa	1	4,0	2	8,0	3	12,0
Primaria Incompleta	1	4,0	0	0,0	1	4,0
Secundaria Completo	0	0,0	6	24,0	6	24,0
Secundaria Incompleto	7	28,0	8	32,0	15	60,0
TOTAL	9	36,0	16	64,0	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En la tabla se observa que el 24% de adolescentes han terminado su bachillerato, el 60% de las adolescentes tienen un nivel académico incompleto, un 12% tiene primaria completa y el 4% no ha terminado la primaria.

Tabla N°3. Edad y ocupación de las 25 adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014

OCUPACIÓN	EDAD				TOTAL	
	14 A 16 AÑOS		17 A 19 AÑOS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estudiante	7	28,0	7	28,0	14	56,0
Empleada Privada	1	4,0	1	4,0	2	8,0
Quehaceres Domésticos	1	4,0	8	32,0	9	36,0
TOTAL	9	36,0	16	64,0	25	100

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

De las adolescentes evaluadas, el 56% son estudiantes, el 36% se ha dedicado a los quehaceres de la casa y el 8% de adolescentes se encuentran laborando. Cabe resaltar que una de las adolescentes que trabaja atraviesa la segunda etapa de la adolescencia, por tanto no sobrepasa los 16 años.

Tabla N° 4. Convivencia y estado civil de las 25 adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014.

CONVIVENCIA	ESTADO_CIVIL						TOTAL	
	CASADA		UNION LIBRE		SOLTERA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esposo / Pareja	1	4,0	10	40,0	0	0,0	11	44,0
Padres	0	0,0	2	8,0	8	32,0	10	40,0
Tíos	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	4,0
Abuelos	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	4,0
Sola	0	0,0	0	0,0	2	8,0	2	8,0
TOTAL	1	4,0	12	48,0	12	48,0	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En la investigación se encontró que el 44% de las adolescentes embarazadas conviven con su esposo/pareja, el 40% con sus padres y el 4% con tíos o abuelos, 2 adolescentes (8%) viven solas.

Una adolescente es casada (4%), el 48% viven en unión libre o son solteras.

Tabla N° 5. Trimestre de gestación y planificación del embarazo de las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014

TRIMESTRE DEL EMBARAZO	PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO				TOTAL	
	PLANIFICADO		NO PLANIFICADO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primer Trimestre	0	0,0	8	32,0	8	32,0
Segundo Trimestre	3	12,0	8	32,0	11	44,0
Tercer Trimestre	2	8,0	4	16,0	6	24,0
TOTAL	5	20,0	20	80,0	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En la siguiente tabla observamos que el 32% de adolescentes se encuentra en el primer trimestre del embarazo y el 44% en el segundo, el 24% corresponde al último trimestre. El 80% de las adolescentes embarazadas manifestaron no haber planeado concebir y el 20% señalaron haber planificado su embarazo.

Tabla N° 6. Trimestre del embarazo y capacitación recibida por parte de las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014.

TRIMESTRE DEL EMBARAZO	CAPACITACIÓN SOBRE LACTANCIA						TOTAL	
	SI		NO		ESCASA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primer Trimestre	1	4,0	3	12,0	4	16,0	8	32,0
Segundo Trimestre	3	12,0	6	24,0	2	8,0	11	44,0
Tercer Trimestre	1	4,0	3	12,0	2	8,0	6	24,0
TOTAL	5	20,0	12	48,0	8	32,0	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En esta tabla se observa que el 32% de las adolescentes embarazadas cursa el primer trimestre gestación, mientras que el 44% el segundo trimestre. En el último trimestre de gestación se encuentra 6 adolescentes (24%)

En cuanto a capacitación sobre lactancia el 20% de adolescentes embarazadas asegura tener conocimientos de lactancia, el 48% no ha recibido ningún tipo de información y el 32% considera tener información insuficiente.

Tabla N° 7. Beneficios de la lactancia materna exclusiva según las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (LM)	Nº	%
Si	12	48,0
No	4	16,0
Poco	9	36,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

La tabla muestra que el 48% de las adolescentes embarazadas si conocen los beneficios de la lactancia materna. El 16% desconocen de los beneficios que tiene el acto de amamantar como recuperación del peso, apego con su bebé, prolongación de la amenorrea, disminuye la hemorragia post-parto, disminuye el riesgo de cáncer de seno y ovarios, además protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad y deficiencia de micronutrientes. El 36% tiene escasa información sobre los beneficios ya mencionados.

Tabla N° 8. Conocimientos nutricionales que tiene la lactancia materna según las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014

CONOCIMIENTOS NUTRICIONALES DE LA LACTANCIA MATERNA (LM)	Nº	%
Si	7	28,0
No	18	72,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En cuanto a valores nutricionales de la leche materna, la tabla indica que el 72% de las adolescentes embarazadas no conocen los valores nutricionales de la leche materna frente a 28%, esto puede resultar que las adolescentes descuiden la lactancia y cometan errores en la nutrición de su hijo.

Esto pone en evidencia los limitados programas educativos enfocados a la mejora y prolongación de la lactancia materna.

Tabla N° 9. Conocimientos sobre la mejor alimentación del bebé en los primeros seis meses según las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014.

ALIMENTACIÓN BASICA	N°	%
Lactancia Materna Exclusiva (LME)	21	84,0
Lactancia Materna combinada (LMC)	3	12,0
Leche de Vaca	1	4,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En la tabla se observa que el 84% de las adolescentes consideran a la lactancia materna exclusiva como la mejor manera de alimentar a su bebé, mientras que el 12% de las adolescentes embarazadas opinan que una nutrición adecuada es la lactancia combinada, donde la introducción de leche de fórmula es mejor para él bebe. Además, una adolescente considera que la leche de vaca es un buen alimento para él bebe.

La falta de conocimiento sobre nutrición adecuada en los primeros meses de un bebé es determinante, impacta en el desarrollo y crecimiento del niño, este será sano o enfermo dependiendo de su atención y nutrición.

Tabla N° 10. Conocimientos sobre la relación entre la succión con la producción de leche materna según las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014.

RELACIÓN ENTRE LA SUCCION CON LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA	Nº	%
Si	19	76,0
No	6	24,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

La tabla muestra que el 76% de adolescentes embarazadas considera que la producción de leche materna se incrementa en proporción al número de veces que lacte el bebé; el 24% opina que la producción de leche materna no está directamente relacionada con la succión, lo que deriva en que el lactante manifieste desnutrición y tendencia a diversas enfermedades.

Tabla N° 11. Conocimientos sobre la combinación de la lactancia materna y alimentación complementaria según las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014.

COMBINACIÓN DE ALIMENTOS Y LACTANCIA	Nº	%
Si	15	60,0
No	10	40,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

La tabla indica sobre los conocimientos sobre la combinación de alimentos con la lactancia. El 60% de adolescentes embarazadas señalan que el niño debe seguir lactando cuando comienza a recibir otros alimentos y el 40% adolescentes encuestadas desconocen que la leche materna debe ser proporcionada al bebe mínimo hasta los dos años, sin que esta sea afectada por la introducción de alimentos al niño.

Tabla N° 12. Conocimientos sobre la relación entre la alimentación de la madre y la lactancia según las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014.

RELACIÓN DE ALIMENTACIÓN DE LA MADRE Y PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA	N°	%
Si	13	52,0
No	4	16,0
Escasa	7	28,0
Ninguna	1	4,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Las Autoras

Análisis

La tabla indica que el 52% de adolescentes embarazadas afirman que si existe una relación entre la alimentación de la madre y la producción de la leche materna. El 16% opina que no existe relación entre la alimentación de la madre y la producción de LM. (Leche materna) y el 28% asume que la relación entre la alimentación y la cantidad de LM que se genera es mínima. El estado nutricional de la madre es un condicionante principal para que su embarazo y la lactancia sean favorables.

Tabla N° 13. Frecuencia de los controles médicos que se realizan las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014.

CONTROLES MÉDICOS	N°	%
Cada 15 días	1	4,0
Cada mes	21	84,0
Cada dos meses	2	8,0
Más de dos meses	1	4,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

El 84% de adolescentes embarazadas se realizan un control adecuado de su embarazo. Es determinante un control mensual para conocer el estado de desarrollo y de salud del bebe al igual que el de la madre. Las madres adolescentes y su hijo son propensos a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, de ahí la importancia de los controles mensuales para reducir los riesgos que genera un embarazo precoz. El 4% (1 adolescente) no está consciente de la importancia de asistir a los controles mensuales, y el 8% de adolescentes se realizan los controles cada dos meses.

Tabla N° 14 Conocimiento sobre el tiempo de lactancia materna exclusiva según las 25 adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014

TIEMPO DE LACTANCIA MATERNAL EXCLUSIVA	Nº	%
2 Meses	2	8,0
3 Meses	5	20,0
4 Meses	4	16,0
6 Meses	14	56,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

El 56% de adolescentes embarazadas señala que la lactancia exclusiva debería ser de seis meses, que es el tiempo recomendado por la OMS, organización reconocida por fomentar e investigar prácticas adecuadas de salud para la población.⁵⁸

Anexando los porcentajes de las respuestas no acertadas, tenemos que el 44% de adolescentes ignoran que el tiempo óptimo de lactancia exclusiva es de 6 meses y por tanto estas madres antes de la aplicación de la estrategia educativa, pensaban introducir prematuramente alimentos sólidos a la dieta del bebe, aumentando las probabilidades de problemas en su aparato digestivo.

Tabla N° 15. Resultado de la evaluación de conocimientos posterior a la estrategia educativa realizada a las 25 adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud N°1. Pumapungo. Cuenca, 2014.

PREGUNTAS	EVALUACIÓN LUEGO DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA							
	PRECAPS				POSTCAPS			
	CORRECTAS		INCORRECTAS		CORRECTAS		INCORRECTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	5	20	20	80	25	100	0	0
2	6	24	19	76	23	92	2	8
3	12	48	13	52	23	92	2	8
4	7	28	18	72	22	88	3	12
5	13	52	12	48	25	100	0	0
6	19	76	6	24	24	96	1	4
7	1	4	24	96	23	92	2	8
8	14	56	11	44	25	100	0	0
9	15	60	10	40	23	92	2	8
10	19	76	6	24	24	96	1	4

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Las Autoras

PREGUNTAS:

1. Usted ha recibido capacitación sobre lactancia materna?
2. Cuando es el momento óptimo para comenzar con la lactancia materna?
3. Conoce usted los beneficios que brinda la leche materna a los niños lactantes?
4. Conoce usted los requerimientos nutricionales que tiene la leche materna?
5. Cree que la alimentación de la madre influye en la producción de la leche materna?
6. Cree usted que mientras más lacte su bebé, exista más producción de leche?
7. Como se conserva la leche materna extraída?
8. Durante qué tiempo (meses) usted cree que debe dar al niño lactancia materna exclusiva?
9. Cree usted que el niño debe seguir lactando cuando comienza a recibir otros alimentos?
10. Considera usted que el pezón debe estar formado antes del parto?

Análisis

Luego de los resultados obtenidos en la encuesta de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, se observó dificultades respecto al tema, motivo por el cual se planificó la estrategia educativa. Posterior a la estrategia las 25 adolescentes embarazadas demostraron sus conocimientos; respondiendo a la encuesta de valoración de conocimientos sobre la lactancia materna (anexo 4), el 92% conoce los beneficios de la leche materna que ofrece al sistema inmunológico del bebé y a la salud a largo plazo. El 88% conoce sobre los requerimientos energéticos y nutricionales que la leche materna brinda al lactante. Cabe destacar que las 25 adolescentes (100%) están conscientes sobre la influencia de la alimentación de la madre y la producción de leche materna, además del tiempo de Lactancia Materna exclusiva que al bebé se le debe proporcionar. El 96% adolescentes embarazadas comprende sobre la relación directa que existe entre la producción de leche y los estímulos que el acto de amamantar produce. Un 92% comprende sobre la importancia de continuar con la lactancia posterior a la introducción de alimentos en la dieta del niño.

La educación para la prevención y la salud es importante, demostrando que más del 90% en la mayoría de ítems las adolescentes han cambiado su visión de la lactancia materna, previniendo así una lactancia materna deficiente que resulte en niños con mayor predisposición a disenterías, desnutrición y otras patologías derivadas de prácticas prevenibles.

Discusión

De acuerdo a la participación de las 25 madres adolescentes investigadas hemos determinado realizar analogías con investigaciones similares cuyos valores acotaran mayor relevancia a nuestro estudio.

En un estudio realizado en Venezuela por Valdivia. “Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos del recién nacido”, el 77% del grupo etario fueron adolescentes embarazadas entre 17 y 19 años.⁵⁹ En otro estudio similar, realizado en el Hospital Central “Antonio María Pineda” de Venezuela, el grupo etario predominante (65%), se caracterizó por sus edades comprendidas entre los 17 y 19 años.⁽⁶⁰⁾ En la presente investigación se trabajó con 25 adolescentes embarazadas, sus edades comprenden entre los 14 y 19 años. El 36% de embarazadas encuestadas su edad se ubica en la adolescencia media (14 a 16 años), el 64% de las embarazadas se encuentran en la última etapa de la adolescencia (17 a 19 años), estos valores se asemeja a los porcentajes encontrados en las investigaciones anteriormente citadas. Pudiendo observar que los embarazos precoces son mayormente en la etapa tardía de la adolescencia. En cuanto a las adolescentes embarazadas que pertenecen a la adolescencia media, corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior.⁽⁶¹⁾

Determinando la socio demografía de las 25 adolescentes embarazadas de este estudio, encontramos que en el nivel académico un alto número de adolescentes (15 adolescentes) no ha culminado el bachillerato 60%, tan solo 6 adolescentes son bachilleres. Además que una adolescente no ha terminado el ciclo básico; el 12% culminó su instrucción escolar básica. Confrontando con una investigación similares realizada en Colombia, con 31 adolescentes gestantes con edades entre 13 y 19 años encontraron que el 48.4% de adolescentes no han culminado sus formación académica secundaria⁽⁶²⁾. Todas estas cifras se explican por la edad de las

adolescentes embarazadas. Al ser madre a una edad temprana dificulta culminar con los estudios secundarios, esto impacta en la calidad socio económica de la familia.

En cuanto a la ocupación de las 25 adolescentes embarazadas se evidenció que el 56% son estudiantes y manifiestan un interés por mejorar su educación y continuar con estudios superiores. El 36% de adolescentes embarazadas han dejado de estudiar y se dedican a los oficios del hogar exclusivamente. Además 2 adolescentes señalaron trabajar como empleadas privadas. De acuerdo a las cifras obtenidas, el 44% (11 de las 25 adolescentes) han desertado de sus estudios, esto crea un ciclo de pobreza ya que una educación superior garantiza acceder a mejores empleos, solvencia económica y bienestar social.

En una investigación realizada por Ruiz y Urbáez con 30 adolescentes embarazadas en Venezuela, encontraron resultados similares a nuestro estudio: el 43% de las adolescentes embarazadas se dedicaban al oficio del hogar, mientras que 40% (12) continuaron sus estudios y 13,3% (4) se dedicaban al trabajo.⁽⁶³⁾ En otro estudio realizado en Colombia por Cardoso con 31 madres adolescentes obtuvieron que el 51,6% son amas de casa y su tiempo lo dedican al cuidado de su hogar. Además encontraron que el 35% de madres adolescentes continúan con sus estudios y el 12.9% trabajan. El estado civil que prevalece en las madres adolescentes es la unión libre 48.4% y el 45.2% son solteras.⁽⁶²⁾

Las investigaciones citadas conjuntamente con nuestro estudio, demuestran que un embarazo precoz es una de las causa para la deserción escolar en las adolescentes. La adolescente no es madura por ser madre, continúa siendo adolescente en procesos de formación psicológica y física; por tanto su falta de madurez produce un conflicto con su nuevo rol de madre, el cual tiene que asumir y alejarse de ciertas actividades propias de la adolescencia.

Determinando el estado civil de las 25 adolescentes embarazadas en el presente estudio se estableció que el 48% son solteras, igual porcentaje (48%) corresponde a adolescentes en unión libre y una adolescente (4%) está casada. La convivencia de las adolescentes investigadas determina que el 32% viven con sus padres, y tan solo 8% de adolescentes viven con familiares cercanos y 2 adolescentes viven solas (8%).

Una adolescente que enfrente sola su estado de gestación, es vulnerable por la no culminación adecuada de los procesos de desarrollo propios de la edad, y más aún por la falta de conocimiento que tienen sobre la maternidad y los cuidados del recién nacido. Dichos conocimientos que debe tener una madre para suplir sus cuidados pertinentes y por ende los del recién nacido, se adquieren a través de un proceso de desarrollo continuo y armónico, relacionado con la etapa del ciclo vital pertinente, la edad y todo el contexto sociocultural y psicológico que vivencia la madre. Cardozo, Johanna Paola. Conocimientos de Madres Adolescentes⁽⁶²⁾

En un estudio de Antonella Pahura realizado en Argentina con 30 madres adolescentes encontró que el 43,3% no contaban con el apoyo del padre del niño, el 56,7% si tenían el apoyo del padre y en general el 90% de las adolescentes contaban con respaldo de su familia; sin embargo, 3 madres adolescentes (10%) se enfrentan a su maternidad solas.⁽⁶⁴⁾

En este sentido, el embarazo adolescente es un evento desorganizador del equilibrio familiar y del mundo interno de la madre adolescente, quien se ve comprometida a tomar decisiones en relación a una etapa evolutiva que fue adelantada por el embarazo.⁽⁶⁵⁾ El apoyo emocional por parte de su pareja o familia es determinante para que la adolescente adopte o rechace su maternidad.

En cuanto al tiempo de gestación y planificación del embarazo, nuestro estudio determinó que el 32% de adolescentes se encuentra atravesando el primer trimestre del embarazo y el 44% el segundo trimestre, el menor

porcentaje corresponde al último trimestre del embarazo (24%). De las 25 adolescentes encuestadas, el 80% no planificó su embarazo y el 20% aseguró haber planificado su embarazo. La mayoría de adolescentes que tienen vida sexual activa no desean concebir, situación que respalda esta investigación y la realizada por Pahura Antonella donde afirma que 22 madres respondieron que no deseaban su embarazo (73,3%), y 8 de las madres adolescentes (26.7%) habían deseado su embarazo.

En cuanto al control del embarazo que se realizan las 25 adolescentes nuestra investigación indica que el 84% de adolescentes embarazadas se realizan un control adecuado, una adolescente embarazada (4%) acude al control cada 15 días esto puede deberse a complicaciones propias de su edad y estado. El 12% lo realizan cada dos meses o más, estos controles son deficientes y determinan la baja calidad de salud del bebé y la madre. Verónica Valdivia en su estudio encontró que el 84% se ha realizado controles periódicos en el embarazo y el 16% no realiza un control de su embarazo.

El embarazo es un proceso normal y fisiológico pero conlleva riesgos de morbilidad materna fetal. Para prevenir los riesgos se debe realizar un control prenatal, que es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo, que amenazan la vida de la madre y su hijo.⁽⁶⁶⁾

En cuanto a capacitación en lactancia materna exclusiva, estableció que de las 25 adolescentes investigadas el 20% de adolescentes (4 adolescentes) han recibido capacitación sobre lactancia materna, el 80% manifestaron no haber recibido información apropiada y eficaz prenatal y postnatal, esto podría desencadenar en la inadecuada atención del bebé ya que la adolescente no asume su nuevo rol de madre con madurez y no cuenta con la información pertinente.

Un estudio realizado en Guatemala con 30 madres adolescentes, situó que el 77% de las madres encuestadas no recibieron información adecuada sobre la lactancia materna por parte del centro de salud sino por sus familiares, en tanto que el 23% indicó que si ha recibido información de parte del equipo de salud. Como resultado de estas cifras, el 44% practicaba la lactancia materna exclusiva y el 53% había incluido alimentación artificial. Dentro de esta misma investigación cita al Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá donde indica que actualmente es menor la cantidad de niños amamantados y que en Europa la proporción de lactantes exclusivamente amamantados a los seis meses de edad cayó del 86% al 35% en veinticinco años. En los países bajos la cifra de lactantes exclusivamente alimentados con leche materna a la edad de seis meses representaba apenas el 11%.⁽⁶⁷⁾

Esto demuestra la falta de programas educativos sobre la lactancia materna y cuidados del recién nacido lideradas por entidades gubernamentales de salud, donde las estrategias sean de inclusión para toda las mujeres en estado de gestación, donde especialmente las madres adolescentes adquieran conocimientos enfocados a suplir los cuidados pertinentes del recién nacido y de ellas mismas, y así mejorar el bienestar en la salud de la madre y el niño.

En la presente investigación de las 25 adolescentes embarazadas, el 72% de adolescentes desconocían los valores nutricional de la leche materna, el 52% cuenta con poca información o ninguna sobre los beneficios de la lactancia materna, El 84% de las adolescentes consideran que la lactancia materna exclusiva es la mejor manera de alimentar a su bebé, mientras que el 12% de las adolescentes embarazadas opinan que una nutrición adecuada es la lactancia combinada. El 56% de adolescentes embarazadas señala que la lactancia exclusiva debería ser de seis meses y el 44% opina que el tiempo de lactancia materna debe ser menor a 4 meses.

Investigaciones similares realizadas por Cardozo encontró que el 25.8% de las madres encuestadas identifican varios beneficios de la leche materna, el 74.2% de las madres no conocen la importancia de la LME y tampoco identifican la lactancia materna como alimento exclusivo para el recién nacido. Cardozo, Johanna Paola. Conocimientos De Madres Adolescentes

En Argentina, en un estudio realizado con 30 madres adolescentes sobre el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna, obtuvieron que 22 madres (73,3%) no habían recibido ni buscado información especializada sobre el tema, y sólo 8 madres (26,7%) si lo habían hecho, ya sea por parte del personal de salud o por haber asistido a cursos pre-parto. También se les pregunto para la defensa contra enfermedades, qué tipo de lactancia (materna o artificial), creían que era mejor; observando que 16 madres adolescentes (53,3%) respondieron considerar mejor a la lactancia materna; 14 de ellas (46,7%) creían preferible la lactancia artificial. Además se evaluó preguntarles si consideraban que la leche artificial y la leche materna contenían los mismos nutrientes, 11 de ellas (36,7%) respondió que no creían que así sea, siendo 19 madres (63,3%) las que sí creían que ambos tipos de lactancia contenían la misma cantidad. Antonella Pahura. Otra investigación con 158 madres adolescentes realizada en Bucaramanga-Colombia, obtuvo que el 39.2% ha realizado LME durante 6 meses, el 55.4% han incluido agua o alimentos antes de los 6 meses de vida. ⁽⁶⁸⁾

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con la leche materna a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida. Además estiman que aproximadamente un tercio (36%) de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. Los patrones de lactancia materna aún están muy lejos del nivel recomendado y existen notables variaciones entre las regiones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 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. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. ⁽⁶⁹⁾

Todas las mujeres en estado de gestación requieren educación durante el embarazo para conocer diversas alternativas sobre la alimentación de sus bebés; también requieren apoyo, estímulo y asistencia después del nacimiento para establecer, mantener y disfrutar de la alimentación y el cuidado de sus bebés. La leche materna se encuentra libre de gérmenes ya que no necesita envase ni manipulación por terceras personas, además es económica para la familia y para el Estado, debido a la menor incidencia de enfermedades y por tanto en costos sanitarios y hospitalarios debido a la reducción en la incidencia de enfermedades infantiles prevenibles

En la presente investigación se encontró que el 52% de adolescentes embarazadas afirmaron que si existe una relación entre la alimentación materna y la producción de leche, el 16% señala lo contrario. En cuanto a la prolongación de la lactancia y la ingesta de alimentos el 56% afirma que el niño debería seguir recibiendo leche materna y el 40% opina que se debería prescindir de la misma. Con relación a la producción de leche en función de la succión, el 40% desconoce sobre su relación y el 76% considera una relación directa.

Frente a los porcentajes encontrados de nuestra investigación y cotejados con estudios similares, podemos afirmar que existe una necesidad relevante de implementar programas educativos sobre la lactancia materna que incluya a toda la población de mujeres gestantes y que se ofrezca durante el control prenatal por parte del personal sanitario. Estas capacitaciones deben

tener mayor énfasis en madres adolescentes, por ser una población vulnerable y con inquietudes que necesitan ser resueltas.

Los resultados de este estudio permitieron determinar los aspectos críticos a los cuales se ve enfrentada la madre adolescente frente a la lactancia, la falta de educación prenatal y postnatal en Lactancia Materna favorecen el abandono de la misma. Para la madre adolescente que estudia y/o trabaja y que se encuentra en periodo de amamantamiento es indispensable contar con información pertinente de extracción y conservación de leche materna y un ambiente saludable, que promueva la continuidad de la lactancia materna exclusiva.

Se precisa del asesoramiento y apoyo familiar y de las instituciones de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para su bebé, favoreciendo en aspectos emocionales, sociales, económicos y de salud que la L.M. (Lactancia Materna) ofrece.

CONCLUSIONES

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONCLUSIONES
• Caracterizar las variables demográficas de la población de estudio: Edad, Residencia, Escolaridad, Convivencia, Estado Civil, Ocupación de la madre y tiempo de embarazo.	El 36% de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años, el 64% se encuentran en la última etapa de la adolescencia. El 64% viven en el área urbana y el 36% en el área rural. En el nivel académico, el 60% no termina su educación secundaria, 24% de las adolescentes son bachilleres y una adolescente no ha terminado el ciclo básico, el 12% culminó su instrucción escolar básica, La evaluación de la convivencia señaló que el 40% viven con sus padres, 44% conviven con su pareja, 8% con familiares cercanos y 2 adolescentes viven solas (8%). El estado civil de las adolescentes embarazadas se encuentra distribuido de la siguiente manera: 48% son solteras, igual porcentaje (48%) corresponde a adolescentes en unión libre y una adolescente (4%) está casada. En cuanto a la ocupación el 56% continúa con sus estudios, el 36% se dedican a los oficios del hogar. El 8% trabajan como empleadas privadas. El 32% de las adolescentes se encuentra atravesando el primer trimestre de embarazo y el 44% el segundo trimestre de gestación y en la última etapa del embarazo el 24%

• Capacitar a las adolescentes embarazadas, sobre la importancia de la lactancia materna a través de talleres educativos.	En el desarrollo de la estrategia educativa se destacó la relevancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, la estimulación en la producción de leche materna mediante la succión, también se dio a conocer las prácticas correctas para amamantar y otros temas vinculados con la lactancia materna, todos estos enfocándonos en métodos de fácil comprensión para las madres adolescentes. Se entregó trípticos sobre lactancia materna, métodos de extracción y conservación de la leche materna , prevención de enfermedades durante el amamantamiento ,y nutrición de la madre durante la lactancia, donde contenía la información de manera sintetizada sirviendo de ayuda para reforzar y tener presente la importancia de la leche materna.
• Evaluar los conocimientos adquiridos en los talleres educativos sobre lactancia materna.	Luego de la capacitación las adolescentes embarazadas fueron evaluadas mediante el uso de la encuesta de valoración de conocimientos sobre la lactancia materna (anexo 4), el 92% conoce los beneficios de la leche materna .El 88% conoce sobre los requerimientos

	energéticos y nutricionales que la leche materna brinda. Las 25 adolescentes (100%) están conscientes sobre la influencia de la alimentación de la madre y la producción de leche materna, además del tiempo de Lactancia Materna exclusiva. El 96% adolescentes embarazadas comprende sobre la relación directa que existe entre la producción de leche y los estímulos que el acto de amamantar produce. Un 92% comprende sobre la importancia de continuar con la lactancia posterior a la introducción de alimentos en la dieta del niño.
--	--

RECOMENDACIONES

Promover a través de las entidades estatales la realización de talleres y capacitaciones que brinden información oportuna sobre los principios y beneficios de la lactancia materna a las madres gestantes a través de material escrito, audiovisual, exposiciones orales y planificación de talleres. Así como fomentar la asistencia a las consultas prenatales con el fin de disminuir la morbilidad materno infantil en las adolescentes.

Mejorar los canales de comunicación del personal de salud y los usuarios que permitan optimizar el diálogo.

Capacitar de manera continua al personal de salud sobre las características psicológicas y emocionales que vive una adolescente embarazada, con el fin de fomentar una mayor empatía, de este modo la adolescente tendrá mayor confianza de expresar sus inquietudes.

Dar a conocer a las autoridades pertinentes los resultados de esta investigación, con el fin de implementar programas de cuidados del recién nacido, estimulación temprana, entre otros, coordinados entre las entidades de salud y especialmente dirigidas a las madres adolescentes.

Promover la participación de los familiares y pareja de la madre adolescente en los programas impartidos con el fin de apoyar a la madre de manera emocional y psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naranjo Chango, Rosley Maribel. Diseño de un Manual Educativo en Lactancia Materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la Guardería Estrellitas del Mañana. LICTO.2010-2011. [Internet]. 2011. Riobamba-Ecuador. [Citado mayo 14 del 2014]. Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1588/1/64T00048.pdf>
2. Coronado Iglesias, Maylin. et. al. Causas de Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva antes de los Seis Meses en San Jose de las Lajas. [Internet]. 2011. Cuba.[Citada mayo 12 del 2014]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/enfermeria-pediatrica/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
3. Castillo M. Virginia, Lamas S. Rosa. Lactancia Materna un desafío en madres adolescentes. [Internet]. 2005. Chile. Disponible en:
<http://www.importancia.org/lactancia-materna.php>.
4. Pinilla Gómez, Elvinia, et. al. Madres adolescentes un reto frente a los factores que influyen en la Lactancia Materna Exclusiva. [Internet]. 2011. Bucaramanga-Colombia. [Citado junio 10 del 2014]. Disponible en:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/54%20-%20Madres%20adolescentes%20un%20reto%20frente%20a%20los%20factores%20que%20i.pdf>
5. Caveró Sánchez, Narcisa. Educación sobre la Lactancia Materna a las madres que asisten al Sub-Centro de Salud “El Recreo 1” de Durán, de Abril a Junio del 2013. [Internet]. 2013. Guayaquil-Ecuador. Disponible en:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/862/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-71.pdf>

6. Aguayo Maldonado, Josefa. et. al. Lactancia Materna: guía para profesionales. [Internet]. Barcelona-España. 2004. [Citada mayo 25 del 2014]. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNL_M_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
7. Jácome Artieda, Patricia. Manejo de la nutrición en adolescentes embarazadas. [Internet]. 2010. Quito.[Citado mayo 1 del 2014] Disponible en: www.prenatal.tv/lecturas/mod5/con5.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. [Internet].2008. [Citada 14 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IHAN--Seccion-1-Dic-2008.pdf>
9. Guillen Borda, Celson. et. al. Beneficios de la Leche y Lactancia Materna como factor importante del Crecimiento y Desarrollo del Niño y su relación con el órgano de la boca. [Internet]. Odontología Sanmarquina. 2012. [Citada febrero 14 del 2014]; Vol. 15. (1): 46-50. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2004_n1/a11.htm
10. Contreras, Jesús. Alimentación y Religión. [Internet]. 2007. [Citado febrero 12 del 2014]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/tema0716/articulo.pdf>
11. Pahura, Antonella. Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses. [Internet]. 2013. Argentina. [Citado junio 7 del 2014]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112129.pdf>

12. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramerica. La lactancia materna es un eje fundamental para erradicar la desnutrición infantil. [Internet]. 2014. Ecuador. [Citado agosto 4 del 2014]. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/lactancia-materna-es-eje-fundamental-erradicar-desnutricion-infantil.html>
13. Repetur Safrany, Karen y Quezada Len, Ariel. Vínculo y Desarrollo Psicológico: La Importancia de las Relaciones Tempranas. Revista Digital Universitaria. [Internet]. 2005 [Citado marzo 20 del 2014]; Vol. 6 (11): 1-15. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf
14. López C, Nora. Vínculo afectivo madre-hijo. Revista ser Familia. [Internet]. 2008 [Citado marzo 28 del 2014]; Vol. 1 (4). Disponible en: http://www.tuytubebe.com/contenido/gestacion/otros_temas/vinculo_afectivo.htm
15. Radio programas del Perú [Internet]. Perú; 26 de Agosto 2011 [Actualizado febrero del 2014; Citado, mayo 14 del 2014]. Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2011-08-26-vinculos-madre-e-hijo-en-la-lactancia-noticia_398056.html
16. González Hoyos, Dolly Magnolia. La Lactancia Materna Como Ambiente Facilitador Del Desarrollo del niño. [Internet]. 2010. [Citado abril 14 del 2014]; Vol. 8 (9):1-13. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_9.pdf
17. Aguilar Palafox, María Isabel y Fernández Ortega, Miguel Ángel. Lactancia materna exclusiva. [Internet]. Vol. 50. México. 2011. [Citado mayo 17 del 2014]. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>
18. Mercado, Alejandra Marina. Anexo: Promoción de la Lactancia Natural. [Internet]. 2012. Neuquem-Argentina: Gobierno de la provincia de Neuquem. [Citado abril 20 del 2014]. Disponible en: http://www4.neuquen.gov.ar/salud/images/archivo/Programas_prov/GUIA

_DE_ATENCION_INTEGRAL_DEL_EMBARAZO_/contenidos_de_la_guia/Anexo_LM_guia_embarazo.pdf

19. Wellstart International. Manejo clínico de la lactancia Materna. [Internet]. 2009. [Citado abril 30 del 2014]. Vol. 1 (3) 1-157. Disponible en: <http://www.wellstart.org/ModuloSPN.pdf>
20. Amamanta. La Leche Humana, una sustancia viva. [Internet]. Venezuela.[Citado mayo 20 del 2014]. Disponible en: <http://www.amamanta.org.ve/v2/noticias-opinion/131-leche-humana-sustanciaviva.pdf>
21. Cardozo, Johanna. Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. [Internet] Bogotá-Colombia. Universidad Javeriana; 2008. [Citada mayo 13 del 2014]. Disponible en: http://www.nacerynacer.com/pdf/Composicion_de_la_leche_materna.pdf
22. Salud de Altura. La leche materna, el mejor alimento. [Internet]. Quito-Ecuador. [Citado mayo 4 del 2014]. Disponible en: http://www.saluddealtura.com/index.php?id=375&print=1&no_cache=1
23. Strain, Heather. Lactancia Materna. [Internet]. Chile. 2010. [Citado mayo 2 del 2014]. Disponible en: http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/LActancia%20materna_profesionales.pdf
24. Alcalde Palacios, Ampato. et. al. Guia Práctica para profesionales sobre la lactancia materna. [Internet]. España. 2010. [Citado mayo 16 del 2014]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf
25. Aguayo Maldonado, Josefa, Op. cit. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNL_M_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

26. Toledo, Alfredo Bruno. Seminario de Estrategias Docencia-Aprendizaje ante los Retos Socioculturales Actuales. [Internet]. 2013. México. [Citado marzo 12 del 2014]. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdoctorunipuebla.bligoo.com.mx%2Fmedia%2Fusers%2F28%2F1427537%2Ffiles%2F471476%2FEstrategias_innovadoras_para_una_prctica_docente_acertiva.doc&ei=C1LEU5KjG9HhsAToqIKIBg&usg=AFQjCNHZxh2x9wb-ilfpMw42nVippOFCNA&bvm=bv.70810081,d.b2U
27. Ministerio de Salud de Chile. Manual de lactancia materna. [Internet]. 2010. Chile. [Citado mayo 20 del 2014]. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf
28. Medela. Tipos de pezones. [Internet]. [Citado mayo 4 del 2014]. Disponible en : <http://www.medelasml.com.ar/v2/E/breastfeeding/knowhow/types.php>
29. Mollo, Alicia. Preparación para la lactancia. [Internet]. 2011. [Citado junio 2 del 2014]. Disponible en: <http://www.materna.com.ar/Bebe/Lactancia/Articulos-Lactancia/Preparacion-para-la-lactancia/Articulo/ItemID/20248/View/Details.aspx>
30. Medela, Op. cit. Disponible en: <http://www.medelasml.com.ar/v2/E/breastfeeding/knowhow/types.php>
31. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría.[Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
32. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. Washington D.C. 2010. [Citada junio 2 del 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf

33. Mercado Marina, Alejandra. Op. cit. Disponible en: http://www4.neuquen.gov.ar/salud/images/archivo/Programas_prov/GUIA_DE_ATENCION_INTEGRAL_DEL_EMBARAZO_/contenidos_de_la_guia/Anexo_LM_guia_embarazo.pdf
34. Gobierno de Aragón. Guía de lactancia Materna. [Internet]. 2010. España. [Citada mayo 4 del 2014]. disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/00_StaticFiles/guia_lactancia-2.pdf
35. Guía de lactancia materna. [Internet]. 2011. [Citado mayo 14 del 2014]. Disponible en: <http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/posturas-y-posiciones-para-amamantar-2/>
36. Organización Mundial de la Salud-OMS. Lactancia materna exclusiva. [Internet]. [Citado mayo 15 del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
37. American Academy of Pediatrics. La lactancia materna y el empleo de leche humana. [Internet].1999. Honduras. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1999/pdf/Vol20-4-1999-7.pdf>
38. Centro Nacional de información sobre la Salud de la Mujer. La lactancia Materna. [Internet]. 2002. [Citada mayo 23 del 2014]. Disponible en: <http://www.aacpp.com/pdf/parents/Spanish/sp-breastfeeding.pdf>
39. Centro de Salud de Olaguibel.Lactancia Materna. [Internet].2010.España Disponible en: <http://pediaguibel.files.wordpress.com/2010/04/lactmat.pdf>
40. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura. Lactancia Materna. [Internet]. 2002. [Citado 12 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>
41. Tomico del Rio, M. Taller de Lactancia Materna. Pediatría Atención Primaria. Revista Pediatría Atención Primaria. [Internet]. 2012. [Citado

- mayo 1 del 2014]; Vol. 14. (22). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322012000200013&script=sci_arttext
42. Guía de lactancia materna. [Internet].2011. [Citada Febrero 16 del 2014].Disponible en:
<http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/extraccion-de-la-leche-materna/>
43. Martínez. Pilar Guía para la Extracción y conservación de leche materna. [Internet] Maternidad continuum. [Consulta 22 Enero de 2014]. Disponible en: <http://www.maternidadcontinuum.com/wp-content/uploads/2012/02/MCONTINUUM-EXTRACCION-Y-CONSERVACION-LECHE-MATERNA.pdf>
44. Guía de lactancia materna. Op. cit. Disponible en:<http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/extraccion-de-la-leche-materna/>
45. Maldonado, Josefa. Lactancia Materna. Salud entre todos. [internet]. 2000; [citado junio 9 de 2014]; No. 85: 1-12. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-lm_andalucia.pdf
46. Organización Mundial de la Salud. Consejería en Lactancia Materna: curso de capacitación. [internet].1993. Suiza. [citado Marzo 3 de 2014]. Disponible en:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria__en_Lactancia_Materna.pdf
47. Mercado Pedroza, Manuel Esteban. Guías para el manejo de urgencias: Mastitis puerperal. [internet]. Bogotá [citado Marzo 18 de 2014]. Disponible en:
http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Mastitis_puerperal.pdf
48. Estado de Illinois. Departamento de Recursos Humanos. Candidiasis— Infección por Hongos. [internet] Illinois – Estados Unidos [citado Febrero 10 de 2014]. Disponible en:

- <http://www.dhs.state.il.us/OneNetLibrary/27897/documents/Brochures/4681s.pdf>
49. Best Practice. El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna.[internet]. 2003 [citado marzo 18 de 2014]; Vol. 7 (3): 1-7. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/2003_7_3_LACTANCIA_MATERNA.pdf
50. Romero Virgen, Rosalía. Frecuencia de grietas de pezón en mujeres durante la lactancia materna. [internet]. 2000. Colima, Colombia [citado enero 6 de 2014]. Disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Rosalia%20Romero%20Virgen.pdf
51. Ministerio de Salud de la Nación. Propuesta Normativa Perinatal Promoción Protección y Apoyo a la Lactancia Materna Tomo III [internet] Argentina [citado marzo 4 de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/4-TOMOIII.pdf>
52. Contenidos Actualizados de Nutrición y alimentación – CADENA. Alimentación de la Madre embarazada y en período de Lactancia. [Internet]. Módulo IV. [Citado mayo 3 del 2014]. Disponible en: <http://www.depadresahijos.org/INCAP/embarazoylactancia.pdf>
53. UNICEF. Alimentación de la madre en período de lactancia [Internet]. 2004. Colombia. [Citado mayo 1 del 2014]. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/periodo.htm>
54. Parpia Khan, Sheri Lyn. La alimentación de la madre que amamanta. Nuevo comienzo. [Internet]. 2006. [Citado 23 de marzo del 2014]; Vol. 18 (2). Disponible en: http://www.lli.org/lang/espanol/ncvol18_2_06a.html
55. Cordero, Daniela. Alimentación de la Madre durante el Periodo de Lactancia. [Internet]. 2012. [Citado marzo 2 del 2014]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/lactancia-materna/alimentacion-madre-durante-lactancia.html>

56. Garza Gordoa, Marien. Muñoz Pérez, María de los Ángeles. Recomendaciones nutrimentales para la alimentación de la mujer en el post-embarazo. [Internet]. 2011. [Citado 4 mayo del 2014]. Disponible en: http://nestle-pediatria.com/nnani/lecturas/modulo14_subtema2.pdf
57. Moreno Sobrino, Esmeralda. Alimentación Complementaria: Cómo y cuándo. [internet] [citado marzo 29 de 2014]. Disponible en: <http://www.lactando.org/guia/17.pdf>
58. Organización Mundial de la Salud. Op. cit. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
59. Valdivia, Veronica. Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos del recién nacido. [Internet]. 2000. Venezuela. [Citado junio 4 del 2014]. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TW4DV4V35.pdf>
60. Marczuk, María Teresa; Torres, Lesbia. Grado de conocimiento de lactancia materna de la madre adolescente. [Internet]. 2000. [Citada junio 4 del 2014]; Vol. XVI (3): 115-121. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.imbiomed.com.mx%2F1%2F1%2Fdescarga.php%3Farchivo%3DVz-bp003-02.pdf&ei=1BW_U4nrDK-wsAT8ioCwAQ&usg=AFQjCNGQRVuI7svaixRAIwjbEOKYh_5_CA
61. Organización mundial de la salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [internet]. 2009 [Citado 06 julio de 2014]; Vol 87: 405-484. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
62. Cardozo, Johanna Paola. Conocimientos De Madres Adolescentes sobre Cuidados Básicos al Recién Nacido, Localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C. Primer Semestre del 2008. [Internet]. Bogotá-

- Col; 2008. Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>
63. Ruiz Díaz, Ernemelys Josefina y Urbáez del Barrio, Oriana. Influencia De Un Programa Educativo sobre Lactancia Materna en Adolescentes Embarazadas. Ivss “Lino Maradey” Primer Trimestre 2010. [Internet]. Venezuela. 2010. [Citado 4 de junio del 2014]. Disponible en:
<http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2854/1/03-Tesis.INFLUENCIA%20DE%20UN%20PROGRAMA%20EDUCATIVO%20SOBRE%20LACTANCIA%20MATERNA.pdf>
64. Pahura, Antonella. Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses. [Internet]. 2013. Argentina. [Citado junio 7 del 2014]. Disponible en:
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112129.pdf>
65. Garrido Hidalgo, María del Carmen y Marchán Coronado Marleny. Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. Revista Psicol. [Internet]. 2011. [Citado junio 7 del 2014]; Vol. 13 (1): 11-28. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v13_2011_1/pdf/a02.pdf
66. Zúñiga, Manuel. La importancia de los chequeos prenatales periódicos. [Internet]. 2012. Guayaquil-Ecuador. [Citado junio 12 del 2014]. Disponible en:
<http://www.hospitalenriquesotomayor.med.ec/guia-salud/item/679-chequeo-prenatal>
67. Ruiz Díaz, Ernemelys Josefina y Urbáez del Barrio, Oriana Denise. Op. cit. Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2854/1/03-Tesis.INFLUENCIA%20DE%20UN%20PROGRAMA%20EDUCATIVO%20SOBRE%20LACTANCIA%20MATERNA.pdf>
68. Pinilla Gómez, Elvinia, et. al. Madres adolescentes un reto frente a los factores que influyen en la Lactancia Materna Exclusiva. [Internet]. 2011. Bucaramanga-Colombia. [Citado junio 10 del 2014]. Disponible

en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/54%20-%20Madres%20adolescentes%20un%20reto%20frente%20a%20los%20factores%20que%20i.pdf>

69. Organización mundial de la Salud. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. [Internet]. 2008. Ginebra. [Citado junio 12 del 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/

PLANIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

1. DATOS INFORMATIVOS			
Nivel: Madres Adolescentes	Área: Salud Preventiva.	Instructoras: Zoila Campoverde y María E. Chocho	
Año: 2014		Aula: Sala de Conferencia	
		Núm. de semanas: 6	Núm. total de horas de clase: 12
2. OBJETIVOS EDUCATIVOS DE LA ESTRATÉGIA			
Objetivo General: Incrementar el nivel de conocimientos en relación con la lactancia materna exclusiva para lograr una mayor calidad de salud en el lactante.			
Objetivos específicos: Explicar y comprender la importancia, propiedades, técnicas de amamantamiento, ventajas, desventajas de la lactancia materna para la madre y el niño.			
3. RELACIÓN ENTRE COMPONENTES DE LA ESTRATÉGIA EDUCATIVA			
DESTREZAS CON CRITERIOS DE DESEMPEÑO	ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LAS DESTREZAS CON CRITERIOS DE DESEMPEÑO	RECURSOS	ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN
Definir y clarificar aspectos en lactancia materna que pueden ayudar a mejorar y comprender la validez de la promoción de la lactancia. Fomentar aspectos válidos que se deben conocer antes de iniciarse en lactancia materna.	Generalidades de la lactancia • La creación de vínculos madre-hijo durante la lactancia • Lactogénesis • Composición de la leche humana • Duración recomendada de la lactancia materna. Ventajas e inconvenientes • Beneficios para la madre. • Beneficios para el bebe. • Inconvenientes de la lactancia artificial • Habilidades de comunicación en la lactancia materna Aspectos Prácticos. • Inicio de la lactancia en la maternidad • Tipos de pezones y recomendaciones • Conducta inmediata al nacimiento. Contacto precoz • Posiciones correctas de amamantamiento parto normal y cesárea. • Signos de posición correcta del bebe en el pecho. • Signos de posición incorrecta del bebe en el pecho.	Aula de trabajo Infocus Graficas en PowerPoint Folletos Textos Guías Diálogo abierto Videos de Apoyo	Valoraremos mediante lluvia de ideas, actividades didácticas de preguntas y respuestas. Preguntas interactivas a través de uso de gráficas y diapositivas analizando sus respuestas si son o no correcta, para determinar el grado de conocimiento.

Conocer la importancia de acciones concernientes a la lactancia materna y su manipulación. Establecer conocimientos sobre la práctica de cuidados en la salud de la madre y el niño para que puedan prevenir el retraso y privación de la lactancia materna.	Tiempo de lactancia y problemas que se presentan • Duración y frecuencias de amamantamiento • Problemas de lactancia madre e hijo. • Extracción y conservación de la leche materna. Cuidados de los pechos y producción saludable de leche. • Prevención de obstrucción o una mastitis • Candidiasis en el pezón • Pezones con agrietamientos. • Higiene de los pezones. El efecto de la lactancia en el estado nutricional de la madre. • Alimentación durante la lactancia. • Recomendaciones para una dieta saludable. • La combinación de la leche materna y los primeros alimentos del niño.	Aula de trabajo Infocus Gráficas en PowerPoint Folletos Textos Guías Diálogo abierto Videos de Apoyo	Evaluación oral donde se identifiquen dudas, con el fin de facilitar herramientas de ayuda para despejar inquietudes en las adolescentes Realización de prácticas en cartillas y lluvia de ideas combinando alimentos y dietas en diversos horarios del día, además de nombrar sustancias que no puede ingerir, formas de cómo cuidar al bebe.
--	--	---	--

Fuente: Esquema de plan de clase

ANEXOS

Anexo 1

PRE Y POST-TES APLICADO A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE ESTA INVESTIGACIÓN

Nombre y Apellidos.....

Fecha de la encuesta.....

Número de teléfono.....

6- Estado civil

Señale lo correcto:

1.- Qué edad tiene usted?

2.- Donde Vive Ud.?

3.- Estudios Realizados?

Primaria:

- Completa
- Incompleta

Secundaria:

- Completa
- Incompleta

4.- Ocupación al momento?

- Estudiante
- Empleada Privada
- Quehaceres Domésticos

5.-¿Con quién vive usted?

- Esposo
- Padres
- Tíos
- Abuelo
- Sola
- Otros familiares

☐ Casada

☐ Unión libre

☐ Soltera

☐ Divorciada

☐ Viuda

7.- En que trimestre de Embarazo se encuentra:

- Primer trimestre
- Segundo trimestre
- Tercer trimestre

8.- Su embarazo fue:

- Planificado
- No Planificado

9.- Indique con qué frecuencia se realiza los controles médicos?

.....
.....

Lactancia Materna

10.- Recibió capacitación sobre lactancia materna por el personal de Salud?

☐ Si

☐ No

☐ Poca

11.- Cuando es el momento óptimo ara comenzar con la lactancia materna?

☐ Enseguida del parto

☐ Media hora posterior al parto

☐ Cuarto de hora posterior al parto

☐ Una hora posterior al parto

☐ Dos horas posteriores al parto

12.- Conoce Ud sobre los beneficios que brinda la leche materna a los niños lactantes:

☐ Si

☐ No

☐ Poca

13.- ¿Conoce usted los requerimientos nutricionales que contiene la leche materna?

Si ☐ No ☐

14.-De las siguientes opciones señale cuál cree Ud. sea el mejor alimento para su bebé?

☐ Leche Materno

☐ Leche de Fórmula

☐ Leche de Vaca

☐ Colada o aguas

Señale

15.- Cuáles de las siguientes imágenes Ud. considera la correcta posición para dar de lactar a su bebé?



()



()



()

16.- Cree que la alimentación de la madre influye en la producción de leche?

- Si
- No
- Nada

17.- Cree usted que mientras más lacte su bebe exista más producción de leche?

- Si....
- No....

18.- sabe ud. Que se puede conservar leche materna extraída?

- Si....
- No....

19.- Durante qué tiempo (meses) Ud cree se debe dar al niño lactancia materna Exclusiva?

- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 6 meses

20.- Cree Ud. que el niño debe seguir lactando cuando comienza a recibir otros alimentos? Porque?

Sí _____ No_____

.....

21.- Considera usted que el pezón debe estar formado antes del parto?

Si.... No....

Gracias por su cooperación

ANEXO 2

ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Señor(a)

Somos estudiantes de la Escuela de Enfermería y estamos llevando a cabo un Estrategia Educativa en Lactancia Materna Dirigido a Madres Adolescentes que Asisten al Centro de Salud N°1 Pumapungo de la Ciudad De Cuenca, previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería. El objetivo del estudio es de elaborar y aplicar una estrategia educativa en lactancia materna para adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud N° 1 Pumapungo. Cuenca, 2014

El estudio consiste en asistir a una capacitación educativa que se llevará a cabo en los meses de marzo, abril y mayo. El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio.

La participación es voluntaria. Usted tiene el derecho de retirar el asentimiento para la participación en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con las autoras de la investigación Zoila Campoverde, María Eugenia Chocho, o con nuestra directora de investigación Magister. Adriana Verdugo Sánchez, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca.

AUTORIZACIÓN

Yo.....identificada(do) con número de cédula manifiesto que he recibido información suficiente sobre la investigación: Voluntariamente doy mi asentimiento para participar en el estudio de Zoila Campoverde y María Eugenia Chocho sobre ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LA LACTANCIA MATERNA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA, 2014.

.....

Firma

ANEXO 3

TRÍPTICOS UTILIZADOS EN LA ESTRATEGIA

PREPARESE PARA UNA BUENA LACTANCIA

Un feliz embarazo depende de la unión familiar .



Aliméntese un poco mas de todo.



Usted puede conservar la leche materna

CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA	
A temperatura ambiente	6 horas
En la Nevera	48-72 horas
En el congelador	14 días
Descongelada en el refrigerador	4 horas al ambiente 24 horas refrigerada
Descongelada al Baño María	Solo para la toma

Para el éxito de La lactancia Materna.

El niño debe lactar apenas nazca.



Dar la primera leche Calostro.

DAR LA PRIMERA LECHE

Porque tiene abundante vitamina "A" que le protege de muchas enfermedades.

- Dar solo leche materna, es lo único que el niño necesita desde el nacimiento hasta los 6 meses.
- Después de los 6 meses, leche materna mas alimentos.
- Al año de edad alimentación familiar y continuar con leche materna hasta los 2 años de edad.

NO DAR BIBERON.



Posición para una Adecuada Lactancia

Ponerse cómoda y tranquila



La cabeza del niño tiene que descansar en el pliegue del codo de la madre. Sujete todo el cuerpo del niño, no solamente la cabeza y el cuello.

Asegúrese que el niño agarre bien con la boca el pezón.

Sostenga el seno en forma de "C", con el dedo pulgar masajee el seno, así facilitará mayor salida de la leche.



Dele el seno las veces que su niño quiera y tendrá suficiente leche.



POSICIONES ALTERNATIVAS

Posiciones para amamantar
(Breastfeeding Positions)



Copyright © 2005 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador

NO OLVIDE QUE LA LECHE MATERNA

Protege a su niño de muchas enfer-



Es un nexo entre el hijo y la madre.



Establece lazos de amor.



PROBLEMAS

Si el niño es alimentado con leche materna desde su nacimiento, usted no tendrá problemas en los senos.



La madre puede dar de lactar a su niño a excepción del VIH/SIDA y Tuberculosis.



Realizado por:
Zoila Campoverde.
María Eugenia Chocho.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE ENFERMERIA

Estrategia Educativa en Lactancia
Materna para adolescentes
embarazadas que asisten al área de
Salud N I Pumapungo



Asistencia Materna - Ministerio de Salud Pública, Ecuador

El mejor
alimento para
su niño

ANEXO 4

FOTOS

Folletos de la estrategia educativa y estímulos para las participantes.



Madres adolescentes participantes de la estrategia educativa.





Capacitando a las madres adolescentes que asistieron a los encuentros determinados.



Madres adolescentes que participaron en la Estrategia Educativa efectuando los conocimientos adquiridos en Lactancia Materna.

