

Pilco Callata, Amelia

Conocimiento sobre Lactancia Materna de Madres Adolescentes de la localidad de Bosques, partido de Florencio Varela

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – no comercial – compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Pilco Callata, A. (2022). *Conocimiento sobre Lactancia Materna de Madres Adolescentes de la localidad de Bosques, partido de Florencio Varela* [tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ

<https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



**UNIVERSIDAD NACIONAL
ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**Conocimiento sobre Lactancia Materna de Madres Adolescentes de la localidad
de Bosques, partido de Florencio Varela.**

ALUMNA: Amelia Pilco Callata

DIRECTOR DE TESINA: Lic. Cabral Gisela

CO DIRECTORA: Lic. Garcia Valeria

Florencio Varela, 19 de agosto de 2022

DEDICATORIA

A MI HIJA MILAGROS GAUNA POR ACOMPAÑARME DESDE EL COMIENZO DE LA CARRERA.

AGRADECIMIENTO

A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO:

SUSANA TORRICO (ENFERMERA PROFESIONAL)

JUANA QUILLAHUAMAN (ENFERMERA PROFESIONAL)

HILDA HERRERA..... (ENFERMERA PROFESIONAL)

AL CENTRO DE SALUD PADRE GINO POR BRINDAR INFORMACION.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	8
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1.1. Objetivo General:	9
1.1.2. Objetivos Específicos:	9
MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes	10
2.1.1. Antecedentes Internacionales	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales	18
2.2. Definición de Lactancia Materna	19
2.2.1. Clasificación de la lactancia materna según la OMS/UNICEF	20
2.2.2. Composición de la leche humana madura	21
2.2.3. Cualidades inmunológicas de la leche materna	24
2.2.4. Diferencias entre la leche humana y la de vaca	27
2.2.5. Influencias económicas y sociales de la lactancia	30
2.2.6. Ventajas de la lactancia materna	31
2.2.6.1. Beneficios para la madre	31

2.2.6.2. Beneficios para la familia	33
2.2.6.3. Beneficios para el país	34
2.2.7. Técnicas de amamantamiento	35
2.2.8. Posiciones de amamantamiento	36
2.2.8.1. Teoría de Virginia Henderson	39
2.2.8.2. Teoría de Dorothea Orem	40
2.2.8.3. Teoría de Callista Roy	40
2.2.9. El adolescente	41
2.2.9.1. La estructura de la personalidad	42
2.2.9.2. Embarazo y maternidad en la adolescencia	44
2.2.9.3 Conocimientos y percepciones sobre la lactancia materna	46
2.3 MARCO LEGAL O NORMATIVO	48
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	54
Variables	56
RESULTADOS	60
CONCLUSIONES	71
Referencias Bibliográficas	73
Recomendaciones	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022.....	60
Tabla 2: Nivel educativo de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	62
Tabla 3: Ocupación de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	63
Tabla 4: Número de hijos de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	64
Tabla 5: Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	67
Tabla 6: Edad límite para la lactancia materna según las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	68
Tabla 7: Intención de amamantar a un futuro hijo en madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, de Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	61
Gráfico 2: Nivel educativo de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	62
Gráfico 3: Ocupación de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	64
Gráfico 4: Número de hijos de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	65
Gráfico 5: Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	67
Gráfico 6: Edad límite para la lactancia materna según las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	69
Gráfico 7: Intención de amamantar a un futuro hijo en madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022	70

INTRODUCCIÓN

La lactancia es la primera y fundamental etapa de alimentación de todos los mamíferos, incluidos los seres humanos, en la cual la criatura recién nacida se alimenta exclusivamente de leche, principalmente secretada por su madre.

Esta práctica y su correcta realización es sumamente importante para el adecuado desarrollo físico y mental del infante durante sus primeros años de edad. Por lo que poseer información adecuada sobre cómo realizar esta práctica es esencial para una madre.

Relacionando esto con las problemáticas que enfrentan las mujeres que son madres en la edad de la adolescencia, surgen varias interrogantes respecto al conocimiento que poseen sobre la lactancia adecuada para sus hijos.

A través de la siguiente investigación se determinará el nivel de conocimiento que tienen sobre la lactancia materna las madres adolescentes de la edad de 16 a 19 años de la localidad de Bosques, del partido de Florencio Varela.

Principalmente, esta investigación se realiza por la necesidad de establecer las características de este conocimiento y la accesibilidad de esta información para las madres adolescentes de un entorno determinado, con el fin de poder ayudar a incrementar el acceso a dicha información de distintas maneras.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento que tienen sobre la lactancia materna las madres adolescentes de 16 a 19 años de edad de la localidad de Bosques, del partido de Florencio Varela en el período comprendido entre julio de 2021 a abril de 2022?

1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1. Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre la lactancia materna las madres adolescentes de 16 a 19 años de edad de la localidad de Bosques, del partido de Florencio Varela en el período comprendido entre julio de 2021 a abril de 2022

1.1.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas (Edad, nivel de instrucción, procedencia, número de hijos, ocupación) de las adolescentes de 16 a 19 años de edad de la localidad de Bosques, del partido de Florencio Varela.
- Indagar si las madres adolescentes conocen los beneficios de la lactancia materna y el tiempo de lactancia aconsejado.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna con las características sociodemográficas de las adolescentes de 16 a 19 años de la localidad de Bosques, del partido de Florencio Varela.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Reyes, Ricardo, Puente, & Alvear (2010) en su estudio titulado ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia exclusiva? Tuvo como objetivo principal determinar los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna antes del sexto mes de vida del niño. tuvo una metodología se realizó un estudio descriptivo transversal con 15 madres adolescentes cuyos hijos no tenían más de seis meses de edad, y que fueron atendidas en el Policlínico Docente Universitario “Camilo Torres Restrepo”. Tuvo como resultados de que las principales causas que motivaron el abandono de la lactancia materna, como fue referida por las madres (46.9%), el reinicio de las actividades estudiantiles (40%), y la pobre información sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva (33.3%). Se llegó a la conclusión de que la causa para el abandono de esta práctica fue múltiple, y comprendieron factores biológicos, influencias familiares, extrafamiliares, e incluso culturales. El desconocimiento de la madre adolescente sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y las ventajas de la misma sobre la salud materno-infantil se reveló como una de las principales causas para el abandono de esta práctica. La insatisfacción del niño con los volúmenes ingeridos de leche, según lo percibe la madre; las influencias familiares, y el reinicio de las actividades escolares, fueron las otras causas más frecuentes del abandono de la lactancia materna exclusiva.

Bautista-Hualpa & Díaz-Rivadeneira (2017) en su estudio titulado Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimientos y prácticas en lactancia materna de las madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Bagua. Tuvo una metodología de tipo descriptiva, de diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 88 madres adolescentes con niños menores de seis meses de edad. Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario y una guía de observación. Los conocimientos se clasificaron en nivel alto (14 – 20 puntos), medio (7 a 13 puntos) y bajo (0-6 puntos); Referente a la práctica de lactancia materna se midió bajo los términos adecuado e inadecuado. Tuvo como resultados que el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna es bajo (37%) y la práctica de la lactancia es inadecuada (71%). Se llegó a la conclusión de que las madres adolescentes tienen en promedio un hijo, son estudiantes y la mayoría vive con sus padres. El porcentaje de las madres adolescentes tienen un nivel bajo de conocimientos y realizan una práctica inadecuada de lactancia materna resultados que corroboraron la hipótesis.

Juárez & Palacios (2016) en su tesis titulada Técnica de amamantamiento y nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes - Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2016 tuvo como objetivo principal conocer las técnicas de amamantamiento y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2016. Tuvo una metodología de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, se basa en la Teoría de la Adopción del Rol Maternal de lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q11

Ramona Mercer. Tuvo como resultados que un alto porcentaje de las madres presentó niveles de conocimiento medio sobre la lactancia materna exclusiva (51.7%). Se llegó a la conclusión de que el 62.0% de las madres adolescentes tienen nivel de conocimiento regular, el 32.0% bueno y sólo el 6.0% malo. El 54.0% de las madres adolescentes presentan una técnica de amamantamiento inadecuada; el 46.0% adecuada. No existe relación significativa entre las técnicas de amamantamiento y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes ($p=0.858$).

Forero y otros (2013) en su estudio titulado La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá tuvo como objetivo principal Caracterizar la experiencia de lactancia materna en adolescentes en período de lactancia, e identificar aspectos positivos, limitaciones y necesidades sentidas desde su propia perspectiva. Tuvo una metodología se trató de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Se hicieron 24 entrevistas y se conformaron tres grupos de mujeres adolescentes en diferentes períodos posparto. La información se recolectó en Bogotá con mujeres que participaban en un programa de la Secretaría Distrital de Integración Social. El proceso de sistematización se desarrolló paralelamente con el proceso de análisis. Este proceso comprendió las relaciones entre categorías y las redes que se forman entre ellas. Tuvo como resultados que las adolescentes no alimentan sus hijos con lactancia materna exclusivamente y refieren varias dificultades en el acto de lactar. La alimentación complementaria incluye alimentos no naturales. La maternidad y la lactancia no son acordes con la percepción de ser adolescente. Se llegó a la conclusión de que las adolescentes reconocen los beneficios que ofrece la lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q12

lactancia materna para sus hijos y para ellas; sin embargo, su experiencia de lactancia materna difiere de las recomendaciones para lograr una lactancia materna exclusiva y una alimentación complementaria saludable. Entre las causas identificadas, sobresale la ausencia de acompañamiento acertado y oportuno.

Mazzini & Veloz (2015) en su tesis titulada Conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes con niños menores de un año que acuden al centro de salud pascuales área #12 de enero - junio del 2015 tuvo como objetivo principal Identificar el conocimiento sobre Lactancia Materna en madres adolescentes con niños menores de un año que acuden al Centro de Salud pascuales área #12 de enero - junio del 2015. La metodología tuvo un enfoque cuali-cuantitativo, el tipo de estudio fue descriptivo bibliográfico longitudinal ya que nos permitió obtener información de los textos utilizados y de Campo en razón al problema, los objetivos, los instrumentos de la investigación, la recolección de datos, hasta el análisis o interpretación de los mismos. Tuvo como resultados que la mayoría de las madres adolescentes han adquirido el conocimiento básico sobre lactancia materna en los Centros Educativos que han frecuentado mientras que existe una minoría que ha adquirido tal conocimiento a través de familiares. Lo cual es otro factor extrínseco que influye en la Lactancia Materna Eficaz y que resulta como un conocimiento informal adquirido. Resultado que se apoya de gran manera en el cuadro antes expuesto ya que la Auto educación, así como la Auto realización son propósito que podemos llegar a obtener con la predisposición del individuo sin perder el horizonte y que en este caso es lo que queremos como meta, a practicar una Lactancia Materna Eficaz. Se ha comprobado que cuando a los adolescentes se le permite elegir y se les da la oportunidad de asumir lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q13

responsabilidades, aumenta su motivación interna y su interés intrínseco por las metas propuestas, aquí hay una clara relación que empieza desde el hogar disfuncional creando así un individuo con alto grado de responsabilidad que lo impulsa a tener el poder resolutivo en dichas prácticas de salud. Se llegó a la conclusión de que las madres adolescentes en un 33% viven actualmente con sus padres, mientras que el resto de la muestra comparte con suegros y abuelos. Una cifra alarmante que nos conlleva a poner atención a los precedentes que influyen de gran manera en este ámbito de la salud, precursores que hacen que exista entre la madre y la lactancia materna eficaz una brecha que solo se la puede ocupar o llenar concientizando a cada uno de los sujetos en estudio.

Borré y otros (2014) en su estudio titulado Lactancia materna exclusiva: ¿La conoce las madres realmente? tuvo como objetivo principal identificar si las madres de una localidad determinada de Santa Marta, conocían los beneficios y consecuencias de la lactancia materna exclusiva. Tuvo una metodología de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 90 madres que acudieron al Centro de Salud 11 de noviembre de Santa Marta (Colombia); seleccionadas por muestreo intencional, no probabilístico. Se preservaron aspectos éticos y metodológicos que dieran cuenta del rigor científico correspondiente. Los resultados fueron de las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años. El 85.6% posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello. Se llegó a la conclusión de que las madres continúan mostrando altos índices de desinformación con respecto a lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q14

a la lactancia materna. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas de educación, que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes; específicamente, a primigestantes y adolescentes.

Carvajal y otros (2011) en su estudio titulado Intervención educativa aplicada a madres adolescentes para prolongar la lactancia materna hasta el primer año tuvo como objetivo principal determinar la utilidad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna y evaluar su prolongación hasta el primer año de vida. Tuvo una metodología que fue un estudio experimental de intervención con pre y post prueba sobre los conocimientos de la lactancia materna que poseían las embarazadas adolescentes. El universo estuvo constituido por las 34 embarazadas adolescentes de esta área, las cuales se distribuyeron en dos grupos: uno control compuesto por 17 y otro experimental igualmente de 17, seleccionadas por asignación aleatoria. A cada grupo se le aplicó un cuestionario de pre prueba, luego se realizó la intervención educativa al grupo experimental, donde se les ofreció los temas actualizados de forma sencilla según los objetivos deficientes y por último se les aplicó a ambos grupos el instrumento de post prueba al año de nacido el bebé. Se observó que en el grupo experimental mejoraron los conocimientos y se prolongó la lactancia materna de manera significativa con respecto al grupo control, lo que demuestra la utilidad del programa de intervención educativa llevado a cabo.

Palomino (2019), en su tesis titulada Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en puérperas de 20 a 35 años en el hospital Rezola – Cañete, 2019 tuvo como objetivo principal Determinar el nivel de conocimiento
lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q15

sobre lactancia materna exclusiva en puérperas de 20 a 35 años del Hospital Rezola Cañete, 2019. Su metodología fue un estudio de nivel descriptivo no experimental, con una muestra formada por 123 puérperas que fueron atendidas en el área de maternidad del Hospital Rezola durante el periodo febrero - marzo del 2019; en quienes se aplicó una encuesta a través de un cuestionario elaborado por la autora, que consta de 15 preguntas y cuya confiabilidad fue alta según el coeficiente de Alfa de Cronbach ($\alpha=0,7058$). Sus resultados fueron que el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva fue en su mayoría medio en el 65%, seguido de un nivel bajo en el 28,5%. De acuerdo a sus dimensiones, el nivel fue medio en la mayoría de puérperas, alcanzando un 52,8% en conceptos generales, un 58,5% en posición y técnica y un 57,7% en beneficios. La dimensión con mayor porcentaje de conocimiento alto fue conceptos generales con el 24,4%. Se llegó a la conclusión de que en el Hospital Rezola las puérperas presentan un nivel medio de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva.

Ruiz (2017), en su tesis titulada Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas del Hospital Cesar Garayar García mayo 2016 tuvo como objetivo principal determinar el Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en puérperas del Hospital César Garayar García, mayo 2016. La metodología fue un estudio de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo. La población estuvo conformada por 154 puérperas, siendo la muestra de 110 puérperas que accedieron a realizar la encuesta y participar en el estudio en forma voluntaria, atendidas en el Hospital César Garayar García. Se utilizó un cuestionario sobre el conocimiento sobre la lactancia materno, previamente elaborado y validado; los resultados se presentan en tablas

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q16

de frecuencia, gráficos y tablas de contingencia utilizando la prueba estadística de chi cuadrado para determinar significancia estadística. Tuvo como resultados de que se entrevistaron a 110 puérperas, con mayor frecuencia entre edades de 20 a 34 años (64.5%) presentaron entre los 20 a 34 años de edad; con nivel de instrucción de secundaria; (58.2%); proceden de la zona urbana (58.2%), múltiparas (30.9%), con atención prenatal adecuada (64.5%) y el 83.6% han recibido información sobre lactancia materna. El 52.7% de las puérperas presentan nivel adecuado sobre la lactancia materna exclusiva; el nivel adecuado de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva se relaciona con la mayor edad ($p=0.023$); con la mayor paridad ($p=0.029$) y con el mayor número de atenciones prenatales ($p=0.026$). El nivel de conocimiento no se relaciona con el nivel de instrucción ($p=0.443$); con la procedencia ($p=0.680$) ni con la información recibida ($p=0.071$). Se llegó a la conclusión de que una alta proporción de puérperas tienen un conocimiento adecuado sobre la lactancia materna exclusiva.

Cuyutupac & Sinche (2016), en su tesis titulada Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes del centro de salud de san Agustín cajas de julio - diciembre del 2015 tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes C. S San Agustín de cajas periodo: julio – diciembre. Huancayo 2015. Su metodología fue de corte transversal con un nivel de investigación: descriptivo – prospectivo. Tuvo como resultados de que el 60% de las madres adolescentes del centro de salud de cajas tiene grado de instrucción secundaria al igual que García en el 2015 reportó en su estudio el 56.7 % de madres tenía nivel secundario, concordando con Villafuerte el 2013 encontró que el 53.1 % tiene grado de lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q17

instrucción de secundaria completa, así mismo Delgado y Nombera en el año 2012 reportó en su investigación un nivel de instrucción de las madres el 68 % tenían estudios secundarios. Se llegó a la conclusión de que el nivel de conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento se concluye que el 50 % de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo y solo un 5% de las encuestadas presentan nivel de conocimiento alto.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Pahura (2013), en su tesis titulada Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial tuvo como objetivo principal investigar el conocimiento de madres adolescentes, de 14 a 19 años, sobre las ventajas de brindar a sus hijos lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial, durante los primeros seis meses de vida. Su metodología fue de tipo observacional, descriptivo de carácter cuali-cuantitativo de corte transversal. Los resultados obtenidos fueron que el 73,3% de las madres adolescentes desconoce lo que significa brindar lactancia materna exclusiva, mientras que el 43,3% alimenta a sus hijos con lactancia materna parcial, el 30% lo hace con lactancia artificial y solo el 26,7% no cree que haya influencias sobre la salud según el tipo de alimentación. Así mismo, consideró que ambos tipos de lactancia contiene la misma proporción tanto de macro como de micronutrientes. Se llegó a la conclusión de que el rol protagónico que juega la adolescente en todo este proceso debe de estar acompañado de las mejores condiciones posibles, con el estímulo, apoyo, y

respaldo permanente de su entorno personal, familiar y social como del personal de salud.

2.2. Definición de Lactancia Materna

Para Ferrer (2015), “la lactancia materna exclusiva es el alimento de elección durante los primeros 6 meses, continuando hasta el año de vida o hasta que la madre y el niño deseen, ya que es la forma más natural y saludable de alimentar a los bebés” (pág. 243)

“Es un proceso mediante el cual la madre alimenta a su hijo recién nacido, a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto, ya que esto debería de ser el principal alimento del bebé hasta los dos años de edad”. (Gutiérrez-Obregón & Marín-Arias, 2016)

“La lactancia materna es un tipo de alimentación que consiste en que un bebe se alimente con la leche de su madre, la leche es justamente un alimento de características únicas que permite que la madre le pueda transmitir sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar permite fortalecer la relación madre-hijo”. (Porto & Merino, 2008)

Para finalizar se puede decir que la lactancia materna es la forma más óptima de poder alimentar a los recién nacidos, ya que la leche de la madre proporciona los nutrientes necesarios de forma equilibrada, al mismo tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a las enfermedades infecciosas. Ya que los niños amamantados tienen un menor riesgo de

maloclusión dental, también ayuda a mejorar la salud de la madre, ya que reduce el riesgo de cáncer de mama, ovario, hipertensión y enfermedades cardíacas.

2.2.1. Clasificación de la lactancia materna según la OMS/UNICEF

- **Lactancia materna completa:** Constituye el tipo de alimentación percibida por el infante en base a leche materna, ya que puede ser exclusiva o predominante.
- **Lactancia materna exclusiva:** Es cuando se percibe únicamente leche materna sin el agregado de ninguna otra sustancia líquida, con las excepciones de las gotas o jarabes que contienen vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.
- **Lactancia materna predominante:** Es cuando recibe como alimento predominante leche materna, agregándole agua y bebidas a base de agua tales como el agua con azúcar, infusiones, entre otras.
- **Lactancia materna parcial:** constituye el tipo de alimentación recibido por el infante integrado en un 20% o superior de leche materna (Cabedo et al, 2019)

En el año de 1.991 la Organización Mundial de la Salud (OMS), acuñó algunas definiciones precisas de los tipos de alimentación de los infantes (Saavedra, 2018)

- **Lactancia materna exclusiva:** Lactancia materna, también incluye la leche extraída o de nodriza, ya que permite que el infante reciba de forma adicional a la leche únicamente gotas o jarabes.

- **Lactancia materna predominante:** Incluye la leche extraída o de nodriza como la fuente principal de alimento, a su vez permite que el lactante reciba líquidos tales como: jugos, agua con azúcar, entre otros.
- **Lactancia materna completa:** En esta lactancia se incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante.
- **Alimentación complementaria:** En esta se incluyen tanto la leche materna como alimentos sólidos y líquidos. Aquí se permite cualquier tipo de comida o líquido incluida leche no humana.
- **Lactancia materna:** Es la alimentación por la leche de la madre.
- **Lactancia de biberón:** Aquí se incluye cualquier alimento sólido o semisólido tomado con el biberón.

Para concluir, según la OMS/UNICEF, la lactancia materna se clasifican en: completa que en esta se incluye tanto la exclusiva como la predominante; la exclusiva que solo leche materna; la predominante que es a base de leche materna con agua u otra sustancia líquida como por ejemplo jugos de frutas, y la parcial que los niños reciben leche materna y otros alimentos.

2.2.2. Composición de la leche humana madura

Según Sabillón & Abdu (1997), la leche madura se produce a partir del décimo día, con un volumen promedio diario de 700 a 800 mililitros. Sus principales componentes son:

- **Agua:** Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q21

organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.

- **Carbohidratos:** 7.3 gramos/100 ml del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, con un valor osmótico fundamental para mantener la densidad de la leche a través del agua. Además, existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2% de la leche entre los que se encuentran: glucosa, galactosa y otros. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo de los lactobacilos bífidos.
- **Proteínas:** 1g/100 ml., constituyen el 0.9% de la leche, el mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y el 60% restante a proteínas del suero: que contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias. Además, como parte del Nitrógeno no proteico se encuentran aminoácidos libres, entre ellos, la taurina potente neurotransmisor, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es de destacar la presencia de inmunoglobulinas. IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA secretora cuya función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo entero mamario; encontrándose en muy altas concentraciones en el calostro.
- **Vitaminas:** La leche humana contiene todas las vitaminas. Dado que su concentración de Vitamina K es baja, a todo recién nacido se le debe aplicar una dosis de prevención por vía intramuscular al nacer. Existen variaciones en las vitaminas hidrosolubles, y dependen de la dieta de la madre.

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q22

- **Minerales y elementos traza:** Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante, no influyendo la dieta de la madre en las concentraciones del hierro y calcio. (págs. 120-121)

La leche madura es aquella que se produce cuando el bebé tiene 4 semanas de vida. Es la última adaptación a lo grande que podrá vivir la leche y será la adecuada para tu bebé durante su crecimiento (Rojo, 2012)

- Vitaminas A, D, E, riboflavina, tiamina y folato.
- Minerales como el hierro, calcio, selenio, potasio, entre otros.
- Ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados.

Además, García-López (2011), la leche madura comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 ml/día, pero puede llegar hasta 1,200 ml/día en madres con embarazo múltiple.

- Agua. Representa el 87% del total de sus componentes 3,6 y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios.
- Osmolaridad. La carga renal de solutos en la leche humana es de 287 a 293 mOsm, cifra mucho menor si se compara con la de fórmulas infantiles de leche entera de vaca (350 mOsm).
- Energía. Aporta de 670 a 700 kcal/L en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas.
- Hidratos de Carbono. Aportan energía al sistema nervioso central. La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q23

desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la Osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio.

- **Grasas.** Estos ácidos grasos se convierten en ácidos grasos poliinsaturados (LC-PUFA's) tales como el ácido docosahexaenoico (ADH; 22:6n-3) x3, vital en el desarrollo estructural y funcional de los sistemas visual-sensorial, perceptual y cognitivo del lactante; y el ácido araquidónico (AA; 20:4n-6), útil como sustrato para la síntesis de eicosanoides como las prostaglandinas.
- **Proteínas.** En la leche materna hay entre 8.2 y 9 g de proteína por litro; su concentración se reduce con el progreso de la lactancia, independientemente de las proteínas que consume la madre. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como la amilasa (págs. 224-225)

De modo que, la composición de la leche humana madura está compuesta por una amplia variedad de compuestos tales como: vitaminas, lípidos, proteínas, hidratos de carbonos, lipoproteínas, aminoácidos, enzimas que ayudan al infante al desarrollo de sus capacidades.

2.2.3. Cualidades inmunológicas de la leche materna

Para Rodríguez, Barrera, Tibanquiza, & Montenegro (2020), las propiedades inmunológicas de los componentes de la leche materna son:

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q24

- Inmunoglobulina A Secretora (sIgA), propiedades de acción antiinfecciosa sobre antígenos específicos.
- Lactoferrina (Lf) Inmunomodulación, quelación de hierro, poseen propiedades de acción antimicrobiana, anti adhesiva, trófica de crecimiento intestinal.
- La Lisozima, Lisis bacteriana, inmunomodulación.
- Caseína, es anti adhesiva protegiendo la flora bacteriana.
- Citoquinas principalmente antiinflamatorias, promueve el crecimiento de las células epiteliales, supresión de la función de los linfocitos, y promueve el crecimiento de los nervios.
- Enzimas, previenen la oxidación lipídica.
- La respuesta inmunológica, en mucosas, ante un estímulo causa sensibilización de linfocitos T y B y producción de anticuerpos, especialmente IgA que se secreta en mucosas maternas y en la leche materna, integrando la inmunidad de las mucosas madre-hijo (pág. 95)

Según Sabillón & Abdu (1997), la leche materna es de gran complejidad biológica. Además de proteger activamente es un inmunomodulador, es decir, no sólo transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, sino que también estimula el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. La protección se observa mejor durante la vida temprana y continúa en proporción a la frecuencia y duración de la lactancia materna.

- **Inmunoglobulinas:** Son las inmunoglobulinas IgA, IgM, IgG, lisozima y otras enzimas, lactoferrina, factor bífido, interferón, gangliósidos, prostaglandinas y otras sustancias inmuno-reguladoras. La mayor parte de la IgA es producida por el mecanismo bronco-entero-mamario como reacción a los gérmenes con los que la madre ha tenido contacto.
- **Infección viral:** La leche humana contiene anticuerpos en contra de poliovirus, coxsackievirus, echovirus, influenza, reovirus tipo 3 y rinovirus. A algunos especímenes de calostro humano se les ha demostrado actividad en contra del virus sincitial respiratorio.
- **Factor bífido:** Es un carbohidrato presente en el calostro y leche madura que promueve la colonización intestinal de Lactobacillus en presencia de lactosa; esto produce un pH intestinal bajo, inhibiendo la colonización de bacterias gramnegativas y hongos.
- **Lisozima:** La leche humana contiene un factor antimicrobiano, inespecífico: es una enzima llamada lisozima, la cual es termoestable y ácido- estable. Esta ha sido encontrada en grandes concentraciones en las heces de niños alimentados al seno materno y tiene una influencia importante sobre la flora del tracto intestinal. La lisozima es bacteriostática en contra de las enterobacterias y bacterias grampositivas.
- **Lactoferrina:** Esta es una proteína ligada al hierro, que tiene un fuerte efecto bacteriostático sobre estafilococo y E. coli, aparentemente privando a éstos de hierro. La concentración de lactoferrina es alta en el calostro y luego progresivamente disminuye hasta los 5 meses de la lactancia.

- **Factor de resistencia:** La leche humana protege al recién nacido en contra de infecciones estafilocócicas, esto se debe a la presencia en la leche humana de un factor de resistencia, descrito como no dializable, termoestable.
- **Interferón:** En cultivos de células de calostro se ha demostrado que éstas al ser estimuladas secretan una sustancia parecida al interferón, con una actividad antiviral por arriba de 150 NIH unidades por ml.
- **Complemento C3 y C4:** Componentes del complemento que facilitan la fusión de anticuerpos y la bacteria, se encuentran en bajas concentraciones en el calostro. Cuando se activa C3 tiene propiedades opsoninas, anafilácticas y quimiotácticas y es importante para la lisis de la bacteria fusionada por anticuerpos específicos.
- **Proteína ligadora a B12:** Esta fue encontrada en grandes concentraciones en meconio y heces de niños alimentados al seno materno, e impide el crecimiento de E. coli y bacteroides (págs. 122-123)

La leche materna protegida de forma activa y pasiva al lactante, gracias a su riqueza en inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima, citoquinas y otros numerosos factores inmunológicos, como leucocitos maternos, que proporcionan inmunidad activa y promueven el desarrollo de la inmunocompetencia del bebé.

2.2.4. Diferencias entre la leche humana y la de vaca

En el caso de Sabillón & Abdu (1997), no solo se encuentran diferencias entre la leche humana y la leche de vaca en sus componentes nutricionales sino

también en relación a digestibilidad, osmolaridad, inmunología, vaciamiento gástrico, entre otros.

- **Digestibilidad:** La leche humana es más digerible que la de la vaca. La caseína en la leche de vaca modificada (fórmula) es muy abundante, formando en el intestino del niño (a) un coágulo de difícil digestión. En cambio, la caseína de la leche humana tiene la propiedad de formar micelas pequeñas y blandas, fáciles de digerir.
- **Osmolaridad:** La osmolaridad de la leche de vaca (350 mOsm) es significativamente mayor que la de la leche humana (286) generando en el niño una mayor carga renal de solutos. La osmolaridad de la leche materna no cambia a través de la lactancia, a pesar de que sí existen cambios en la concentración de diversos constituyentes de la leche, siendo entre 287 y 293 mOsm.
- **Inmunología:** La leche materna transfiere inmunoglobulinas (IgA secretora) y otros anticuerpos específicos que confieren protección al niño (a). La leche de vaca contiene beta lactoglobulina, la cual se ha relacionado con mayor incidencia de problemas alérgicos en la infancia, ya que el humano reacciona a la exposición a proteínas de origen animal.
- **Vaciamiento gástrico:** El vaciamiento gástrico de la leche materna se realiza en 90 minutos, relacionado a la menor concentración de caseína, en cambio el vaciamiento gástrico del niño (a) alimentado con leche de vaca se duplica ya que la duración es de 3 horas.

- **Componentes nutricionales:** La leche humana tiene más carbohidratos, grasas y una menor cantidad de proteínas en relación a la leche de vaca (págs. 121-122)

En efecto, Pahura (2013) además de la menor cantidad de caseína, la leche humana forma micelas pequeñas y blandas en el estómago. Ya que esto determina que el tiempo de vaciamiento gástrico sea mucho más rápido de aproximadamente de 1.5 horas. En la leche de vaca, la porción de caseína de las proteínas es más abundante que las proteínas del suero. Esto hace que la leche de vaca forme en el estómago del niño coágulos más grandes y de muy difícil digestión; permanecen por más tiempo y por lo tanto se vacían más lentamente, demorando aproximadamente 4 horas.

La osmolaridad de la leche de vaca es de 350 mOsm es relativamente mayor que la de la leche humana 286 mOsm. En el niño que la ingiere genera una mayor carga renal en un periodo de la vida ya que la función renal es inmadura. La baja osmolaridad de la leche materna determina que el niño sea amamantado no necesita una ingesta adicional de agua en cambio el niño alimentado con leche de vaca debe recibir agua como complemento de su dieta. El contenido total de proteínas en la leche humana es de 0,9 g/100ml, lo que cubre los requerimientos del lactante sin producirle una sobrecarga renal de nitrógeno. En la leche de vaca el contenido de proteínas es superior, 3,1g/100ml. La leche humana tiene mayor cantidad de nitrógeno no proteico que la leche de vaca. Este nitrógeno no puede ser procesado en presencia de glicina, un aminoácido que está presente en la leche de vaca. Al suplementar la leche materna con leche de vaca, se interfiere

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q29

este delicado mecanismo de transformación del nitrógeno no proteico en proteínas. La alfa-lactoalbúmina es la proteína del suero más abundante en la leche humana; en la leche de vaca sólo se encuentra en trazas. La taurina, aminoácido esencial para el prematuro, no está presente en la leche de vaca, pero se adiciona a algunas fórmulas para lactantes. La fenilalanina y la tirosina se encuentran en pequeña cantidad en la leche humana, mientras que en la leche de vaca se encuentran en mayor concentración.

El recién nacido no dispone de las enzimas suficientes para una adecuada metabolización de estos aminoácidos, los que si se acumulan pueden llegar a ser tóxicos. La grasa de la leche materna es absorbida más eficientemente que la grasa de la leche de vaca debido a que las micelas que la constituyen son más pequeñas y a la lipasa, presente en la leche humana, que se activa en presencia de sales biliares, mecanismo que facilita la digestión de las grasas en el recién nacido, cuyas enzimas pancreáticas no están plenamente desarrolladas.

Los minerales están en distinta proporción y osmolaridad en la leche de vaca y humana. Son más concentrados en la de vaca, lo que significa un riesgo de sobrecarga renal al recién nacido. Los niveles de calcio-fósforo son más bajos en la leche humana, pero la relación calcio-fósforo es mayor (2:4) que en la leche de vaca (1:3) lo que determina que los niveles plasmáticos de calcio en los recién nacidos amamantados sean mayores y quienes se alimentan con leche de vaca tengan riesgo de presentar hipocalcemia. Los componentes bioactivos específicos de la leche humana como moduladores de crecimiento, enzimas, hormonas y células (leucocitos) no se encuentran en la leche de vaca ni en las fórmulas lácteas procesadas (págs. 32-34)

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q30

2.2.5. Influencias económicas y sociales de la lactancia

El éxito o el fracaso de la lactancia materna solo dependerá de una serie de factores de carácter psicosocial como las experiencias de la infancia materna, relación con la familia, también de apoyo emocional durante el periodo postnatal, entre otros. Que pueden ejercer sobre la madre a veces en forma que se manifiesta, ya que mientras que en otras circunstancias depende de los factores que interfieren en su relación con él bebe.

Ya que algunos intereses económicos promueven, en la mayoría de las veces la lactancia artificial y ejercen su presión a través de los mecanismos indirectos como son los medios masivos de publicidad, originando un rechazo al seno materno. (López-Sáleme, Covilla-Pedrozo, Mórelo-Castro, & Morelos-Gaviria, 2019)

Los beneficios de la lactancia materna para las madres y los infantes se pueden traducir en sustanciales ahorros económicos para los países, ya que cuando se calcula el costo a largo plazo debido al grave deterioro de la función cognoscitiva, ya que repercute en el potencial de la obtención de los ingresos y en la contribución de la fuerza laboral productiva, ya que la lactancia materna produce rendimientos económicos considerables en los países en donde afianzan y se aplican políticas y programas propicios (Covilla-Pedrozo, Mórelo-Castro, & Morelos-Gaviria, 2018)

2.2.6. Ventajas de la lactancia materna

2.2.6.1. Beneficios para la madre

Para la UNICEF (2013), los beneficios para la madre son:

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q31

- La placenta sale con más facilidad y rápidamente.
- La hemorragia es menor. Disminuye el riesgo de anemia.
- La matriz recupera rápidamente su tamaño normal
- La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche.
- La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace.
- La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche.
- Las mujeres que amamantan a sus hijos (as) tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si no les ha vuelto la regla y si el niño no recibe con frecuencia otra cosa que la leche de la madre durante el día y la noche.
- La lactancia facilita el amor e incrementa de la madre a su bebe (pág. 20)

La lactancia materna es muy beneficiosa para la madre, porque funciona como un método natural del control de la natalidad, también reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario en el futuro, facilita a las mujeres a recuperar con mayor facilidad su peso anterior al embarazo y disminuye la tasa de obesidad (Aguilar, 2016)

Para (Pahura, 2013), los beneficios para la madre son:

- Facilita la formación de un vínculo sólido entre madre e hijo.
- Disminuye el sangrado postparto y la hemorragia puerperal.
- Permite adelgazar entre 3 y 5 kg. Acumulados entre el 6° y 9° mes de embarazo.

- Conserva mejor la forma de los pechos.
- Mayor espaciamiento entre embarazos.
- Menor depresión posparto.
- Disminuye la incidencia de cáncer de mama y ovario.
- Mayor practicidad para la alimentación nocturna, en viajes, etc.
- Ayuda a estilizar la silueta (utilizando la grasa de reserva posparto para producir leche) (pág. 16)

La lactancia materna también es beneficiosa para las madres. La lactancia materna exclusiva funciona como un método natural (aunque no totalmente seguro) de control de la natalidad (98% de protección durante los primeros seis meses de vida). Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario en el futuro, ayuda a las mujeres a recuperar más rápidamente su peso anterior al embarazo y reduce las tasas de obesidad.

2.2.6.2. Beneficios para la familia

Según la UNICEF (2013), los beneficios para la familia son los siguientes:

- Hay menos preocupaciones debido a que los niños o niñas se enferman menos.
- Al no comprar otras leches, biberones, chupones y combustible el dinero de la familia se utiliza mejor.
- El marido aprecia la contribución que hace la mujer cuando amamanta a su hijo o hija.
- Los otros niños o niñas de la familia aprenden lo importante que es amamantar a un bebé.

- Protege la inteligencia y el crecimiento normal de sus hijos (pág. 24)

Además, (Pahura, 2013), para la familia es:

- Mejor desarrollo de la familia como una célula social.
- Menor gasto en alimentos sustitutos, medicamentos.
- Menor ausentismo laboral por enfermedades de los hijos.
- Mejor atención de los niños pequeños por mayor espaciamiento entre embarazos.
- Economía basada en que el costo de alimentar a una madre que amamanta es sensiblemente inferior al de alimentar a un niño con fórmula infantil (págs. 16-17)

Dar de mamar ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque hay menos preocupaciones a que los niños o niñas se enfermen, al no comprar otras leches, biberones, mamaderas y combustible el dinero de la familia se utiliza mejor, el marido aprecia la contribución que hace la mujer cuando amamanta a su hijo o hija.

2.2.6.3. Beneficios para el país

En cuanto a la UNICEF (2013), las madres que amamantan contribuyen:

- A que menos niños se enfermen y se mueran y a que haya menos gastos hospitalarios.
- A utilizar el recurso natural renovable más valioso.
- A que el país tenga niños y niñas más sanas, inteligentes y seguras de sí mismos.
- A formar la inteligencia, productividad y el futuro del país

- A saber, que tienen un recurso irremplazable para criar a las generaciones futuras.
- A que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna (pág. 26)

Luego Pahura (2013), los beneficios para el país son:

- Perspectiva de una sociedad más sana en el futuro.
- Menor gasto en atención de patologías y posibilidad de reorientar fondos de salud pública hacia la prevención.
- Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral de los padres.
- Disminución de la morbilidad infantil (pág. 17)

Las madres que amamantan contribuyen a que menos niños se enfermen y se mueran y a que haya menos gastos hospitalarios, a utilizar el recurso renovable más valioso, a que el país tenga niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos, a formar la inteligencia, productividad y el futuro del país, a que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna.

2.2.7. Técnicas de amamantamiento

Con respecto a Mazzini & Veloz (2015), una buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar lo que se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y también facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o la niña.

Una técnica adecuada de amamantamiento considera:

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q35

- Correcta posición de la madre y del niño.
- Correcta ubicación del niño con respecto al cuerpo de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda del niño o niña.
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.
- Sentarse cómoda con la espalda apoyada, colocando los pies en un pequeño piso.
- Si el niño es muy pequeño es útil utilizar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.
- Sostener el niño recostado sobre los brazos de la madre, con el cuerpo enfrentándolo, abdomen, cabeza sobre el pliegue del codo de la madre.
- Puede ayudarse con un cojín sobre la falda para sostener al niño y el brazo (pág. 28)

2.2.8. Posiciones de amamantamiento

Para el Woman's Hospital (2013), hay varios modos diferentes de sostener a su bebe cuando lo alimenta entre esas tenemos:

- **Calmo:** Sostener a su bebé piel contra piel es muy útil para calmar a su bebé los primeros días luego de su nacimiento.
- **Cómodo:** Siéntese en una silla cómoda con almohadones que la sostengan y eleve sus piernas, con una banqueta pequeña o silla otomana. Esto quitará la presión de su parte trasera y la ayudará a sentirse más cómoda.
- **Cerca:** Sostenga y coloque al bebé tan cerca suyo como sea posible. Colóquese tantas almohadas como sean necesarias para que el bebé

quede a la altura de sus pechos en lugar de usted agacharse. El contacto piel contra piel lo ayudará a estar caliente e interesado en el amamantamiento. La posición adecuada y que se prenda al pecho son las claves de un amamantamiento exitoso.

- **Posición sobre un lado:** Para amamantar a su bebé en la posición de acostada sobre un lado: Recuéstese sobre un lado con el estómago de su bebé contra su estómago. Coloque una almohada en su espalda, entre sus piernas y debajo de su cabeza para quedar más cómoda. Si le realizaron una cesárea, una toalla plegada ayudará a proteger su incisión si su bebé patea. Sostenga su pecho en posición de “C” para ofrecérselo a su bebé. Guíe su boca a su pezón. Puede apoyar la espalda de su bebé a su antebrazo o colocar una toalla enrollada detrás de su espalda si fuese necesario.
- **Posición cruzada tipo cuna:** Acune a su bebé en sus brazos para que quede recostado sobre un lado con su cuerpo entero hacia usted. Para mejor apoyo y comodidad, quizás puede colocar una almohada debajo de su bebé. Coloque su brazo debajo del suyo y manténgalo fuera de manera que no estorbe. Su cuerpo desde su oreja hasta su rodilla debería estar alineado frente a usted. Su boca debería estar cerca de su pecho. Su nariz debería estar alineada con su pezón. Extienda su antebrazo y mano hacia su espalda para sostener el cuello, columna y trasero. Apoye este brazo con una almohada para su comodidad, si lo desea. Con su mano libre, sostenga su pecho en posición de “C” para ayudar a que su bebé se

prenda. Una vez que su bebé se ha prendido, quizás desee relajar la mano que estaba sosteniendo su pecho.

- **Relajado:** Esta posición natural se basa en una posición semirreclinada que es cómoda para ambos, usted y su bebé. En esta posición, usted alienta sus propios instintos naturales (y los de su bebé). Con muy pocas reglas, esta posición le permite que su bebé se prenda mejor y ayuda a que se relaje también. Use una cama o sillón donde pueda inclinarse cómodamente con buen apoyo de su cabeza, hombros y brazos.
- **Posición cuna con brazo opuesto:** Esta posición difiere de la posición de cuna en que sus brazos intercambian roles. Si está amamantando desde el pecho izquierdo, usará su brazo derecho para sostener al bebé. Sostenga a su bebé a lo largo del brazo opuesto desde el pecho que está planeando usar. Posicione a su bebé sobre su lado con todo su cuerpo directamente enfrentándolo a usted: “Pecho contra pecho”. Para ayudar a llevar a su bebé hasta el nivel de su pecho, coloque la almohada sobre su regazo. Cuando su bebé sea mayor, puede recostarse sobre su regazo. Sostenga la cabeza de su bebé en su mano y apoye los omóplatos y espalda sobre su antebrazo. Ofrézcale su pecho mientras sostiene el pecho con su mano libre.
- **Posición de balón o fútbol:** Coloque al bebé bajo su brazo. Esta posición es buena para llevar la cabeza del bebé hacia su pecho, si le hicieron una cesárea, para ver si el bebé está amamantando, si tiene pechos grandes, o si su bebé es pequeño o tiene una tendencia a deslizarse hacia abajo la areola sobre el pezón. Siéntese derecha con una almohada detrás de su

espalda y una al costado de su cuerpo. Use la almohada para ayudar a sostener a su bebé y para que su nariz quede a nivel de su pezón. Coloque a su bebé sobre la almohada hacia su cuerpo con sus piernas flexionadas hacia arriba. El cuerpo de su bebé debe estar en línea recta con su cabeza. Use su antebrazo para apoyar la espalda superior de su bebé. Apoye el cuello de su bebé y los hombros con la palma de su mano y dedos. Lleve la cabeza de su bebé al nivel de sus pechos con el bebé mirando directamente a sus pechos. Se pueden usar más almohadas para llevar al bebé hasta el nivel correcto. Con su mano libre, haga la letra "C" para sostener su pecho. Suavemente descanse su dedo pulgar sobre su pecho sin que sus dedos toquen la areola. Sostener su pecho de este modo ayudará a posicionar mejor la boca del bebé en su pecho (págs. 14-15).

2.2.8.1. Teoría de Virginia Henderson

La teoría de la enfermería de Virginia Henderson es considerada por muchos, como una filosofía definitoria de enfermería, ya que esta se basa en las necesidades básicas humanas, ya que la función básica de la enfermera es poder atender al sano o al enfermo, en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a poder recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para así poder cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan del cuidado (Naranjo, Rodríguez, y Concepción, 2018) Respirar con normalidad.

- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos corporales

- Moverse y mantener una postura corporal adecuada
- Dormir y descansar
- Elegir la ropa adecuada
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el entorno
- Mantener el cuerpo limpio y aseado para proteger la piel
- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a otros.
- Comunicarse con otras personas para expresar sentimientos, necesidades, miedos u opiniones.
- Practicar el culto de su propia fe
- Trabajar de modo que uno se sienta realizado
- Jugar o participar en actividades de ocio
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que impulsa al desarrollo normal y a la salud, así como a utilizar los recursos sanitarios disponibles.

2.2.8.2. Teoría de Dorothea Orem

La teoría de Dorothea Orem, publicada por primera vez en 1971, incluye tres conceptos relacionados: autocuidados, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería. La teoría del autocuidado se basa en cuatro conceptos: autocuidados, gestión de autocuidados, requisitos del autocuidado y demanda terapéutica de autocuidados. El autocuidado se refiere a aquellas actividades que una persona realiza de manera independiente a lo largo de su vida para promocionar y mantener el bienestar personal. La gestión de autocuidados es la capacidad individual para realizar actividades de autocuidados e implica a dos gestores: un

gestor de autocuidados (una persona que realiza el autocuidado con independencia) y el gestor de cuidados dependientes (una persona diferente al individuo que proporciona los cuidados). La mayoría de los adultos se cuidan a sí mismos, mientras que los niños y las personas debilitadas por una enfermedad o incapacidad requieren asistencia para sus actividades de autocuidado. (Naranjo, Rodríguez, & Concepción)

2.2.8.3. Teoría de Callista Roy

Define la adaptación como el proceso y resultado mediante el cual la persona que piensa y siente utiliza la conciencia y la elección para crear una integración humana y del entorno. Roy se centra en los individuos como un sistema adaptativo biopsicosocial que emplea un ciclo de retroalimentación de entrada (estímulos), de paso (procesos de control), y de salida (respuestas de comportamiento o adaptativas). Tanto la persona como el entorno son fuentes de estímulos que requieren modificaciones para fomentar la adaptación, una respuesta voluntaria constante. Las respuestas adaptativas contribuyen a la salud, que ella define como el proceso de estar y de llegar a estar integrado; las respuestas ineficaces o de inadaptación no contribuyen a la salud (Hermosilla & Sanhueza, 2015)

2.2.9. El adolescente

Para Güemes-Hidalgo, González-Fierro, e Hidalgo (2017), “se sitúa aproximadamente en la segunda década de la vida. Es la etapa que transcurre entre la infancia y la edad adulta y tiene la misma importancia que ellas, presentando unas características y necesidades propias” (pág. 233)

Además, Iglesias (2013), “la adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento” (pág. 88)

Siendo el adolescente un pilar fundamental para el desarrollo de la sociedad adulta con miras al desarrollo en beneficio de algunos ámbitos se puede apreciar y más que todo palpar que una gran cantidad de adolescentes quedan enmarcados por su falta de madurez psico social que los limita a comprometerse con cuidados complejos como lo es el bienestar de otro individuo a cargo de ellos. Es válido mencionar que en el campo de la salud y exclusivamente en el tema de lactancia materna estas conductas no entran en el rango esperado citando aquí los precedentes que se puedan obtener como datos previos al análisis de este gran grupo etario en mención (Limonos, 2011)

De modo que, la adolescencia es un periodo del desarrollo del ser humano que abarca por lo general el periodo comprendido entre los 11 a 20 años de edad, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual y también busca alcanzar la madurez emocional y social.

2.2.9.1. La estructura de la personalidad

El id o Ello es la estructura Freudiana de la personalidad que está integrada por los instintos, los cuales constituyen la reserva de energía psíquica de una persona. En la teoría de Freud el Id es completamente inconsciente; no tiene ningún contacto con la realidad. Cuando los niños experimentan las exigencias y restricciones impuestas por la realidad, emerge una nueva estructura de la

personalidad (el Ego o Yo), la estructura Freudiana de la personalidad que afronta las demandas de la realidad. El ego se denomina la “rama ejecutiva” de la personalidad porque toma decisiones racionales. El Id y el Ego no tienen moralidad, no tienen en cuenta si las cosas están bien o mal. El Superego o Superyó, la tercera estructura freudiana de la personalidad, es la “rama moral” de la personalidad.

- La fase oral, que abarca los 18 primeros meses de vida, es la primera etapa Freudiana, en la cual el placer del bebé se centra en torno a la boca. Masticar, succionar y morder son las principales fuentes de placer de un bebé. Estas acciones le permiten mitigar la tensión.
- La fase anal, comprendida entre el año y medio y los tres años, es la segunda fase Freudiana, en la cual el placer del bebé se sitúa en el ano o la función de excreción a él asociada.
- La fase fálica, comprendida entre los tres y los seis años, es la tercera etapa Freudiana. Su nombre proviene del término latino Phallus, que significa falo o pene. Durante la etapa fálica el placer se localiza en los genitales, cuando el niño descubre que su manipulación resulta placentera.
- La fase de latencia, comprendida aproximadamente entre los seis años y la pubertad es la cuarta fase Freudiana, en ella el niño reprime todos sus impulsos sexuales y se centra en desarrollar las habilidades sociales e intelectuales. Estas actividades canalizan la mayor parte de la energía del niño hacia áreas emocionalmente seguras y le ayudan a olvidarse de los conflictos sumamente estresantes de la fase fálica.

- La fase genital es la quinta fase Freudiana. Se inicia con la pubertad y se prolonga durante la etapa adulta. La fase genital es un período de reactivación de los impulsos sexuales; la fuente del placer sexual se encuentra ahora en una persona ajena al contexto familiar. Freud creía que los conflictos con los padres no resueltos se reactivan durante la adolescencia. Cuando se resuelven, el individuo es capaz de desarrollar una relación amorosa madura y funcionar independientemente como adulto.

Teoría Cognitiva de Vygotsky: Se basa en tres ideas principales: (1) las habilidades cognitivas de los niños y adolescentes se entienden mejor cuando se analizan e interpretan evolutivamente; (2) las habilidades cognitivas están mediadas por las palabras el lenguaje y la forma del discurso que cuando actúan como herramientas psicológicas para facilitar y transformar la actividad mental; (3) las habilidades cognitivas tienen su origen en las relaciones sociales y están inmersas en un trasfondo sociocultural. Para Vygotsky adoptar un enfoque evolutivo significa que, para entender cualquier aspecto del funcionamiento infantil y adolescente, se deben examinar sus orígenes y transformaciones desde formas tempranas a formas más tardías. Por ello, un acto mental en concreto no se puede considerar aisladamente, sino que se debe evaluar como un paso más en un proceso de desarrollo gradual. La segunda idea de Vygotsky afirma que, para entender el funcionamiento cognitivo, es necesario examinar las herramientas que lo median y le dan forma, y ello le llevó a creer que el lenguaje es la más importante de esas herramientas. Vygotsky argumentó que el lenguaje es la herramienta que ayuda al niño y al adolescente a planificar actividades y a

resolver problemas. La tercera idea de Vygotsky era que las habilidades cognitivas se originan en las relaciones sociales y la cultura, Vygotsky consideraba que el desarrollo cognitivo del niño y del adolescente no se pueden separar de las actividades sociales y culturales. Creía que el desarrollo de la memoria, la atención y el razonamiento implican aprender a utilizar las herramientas que ha creado la sociedad tales como el lenguaje, el sistema matemático y las estrategias mnemotécnicas. (Mazzini & Veloz, 2015)

2.2.9.2. Embarazo y maternidad en la adolescencia

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

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

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

que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América. Más del 10% de todos los nacimientos en Estados Unidos corresponden a adolescentes. (Varón, 2013)

2.2.9.3 Conocimientos y percepciones sobre la lactancia materna

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

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

de aminoácidos, que algunos lactantes son incapaces de metabolizar. En 1994 la Asamblea de Salud de la OMS solicitó la elaboración de nuevas curvas de crecimiento de los niños amamantados y por ello se puso en marcha el Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento. (Rangel-Flores, Martínez-Plascencia, & Rodríguez-Martínez, 2018)

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

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

El asesoramiento en la lactancia natural impartido en los hospitales y en la comunidad es una forma efectiva de elevar las tasas de lactancia materna exclusiva. La experiencia del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento confirma esta observación en los seis países participantes. Sin duda, lisoizima, lactoalbúmina, lactoferrina q47

el apoyo a las madres debe continuar después del alta hospitalaria e incluir orientación sobre técnicas de amamantamiento y modos de resolver los problemas que pudieran surgir (González & Trucios, 2019)

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

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

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

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

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q48

2.3. MARCO LEGAL O NORMATIVO

Ley 26.873

Lactancia materna. Promoción y concientización pública

Salud Pública

Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública.

Sancionada: Julio 3 de 2013; Promulgada de Hecho: agosto 5 de 2013; Boletín Oficial, agosto 7 de 2013.

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º — Objeto. La presente ley tiene por objeto la promoción y la concientización pública acerca de la importancia de la lactancia materna y de las prácticas óptimas de nutrición segura para lactantes y niños de hasta dos (2) años.

Art. 2º — Alcances. A los efectos de esta ley quedan comprendidas, en el marco de las políticas públicas de lactancia materna, las siguientes acciones:

- a) Promoción de lactancia materna exclusiva y prácticas óptimas de alimentación en niños de hasta los seis (6) meses de edad;
- b) Promoción de lactancia materna continuada y alimentación complementaria oportuna para niños de hasta dos (2) años de vida;
- c) Difusión y accesibilidad a la información a los efectos de la concientización pública, en especial de las mujeres embarazadas;
- d) Promoción y apoyo a la creación de centros de lactancia materna y bancos de leche materna.

Art. 3º — Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud de la Nación, el que debe coordinar su aplicación con las autoridades de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

TÍTULO II

Objetivos

Art. 4º — Determinación de los objetivos. En el marco de la promoción y la concientización pública de la lactancia materna son objetivos de la presente ley:

a) Propiciar la práctica de la lactancia materna conforme lo establecido en la presente ley;

b) Promover acciones y formular recomendaciones en los subsectores público estatal, privado y de la seguridad social, respecto a las condiciones adecuadas de la lactancia materna e incentivar, en su caso, su incorporación;

c) Informar sobre la importancia del adecuado estado nutricional de las mujeres en edad fértil y en especial desde el embarazo, y promover su apoyo nutricional hasta los veinticuatro (24) meses de vida de sus hijos;

d) Difundir la importancia de los beneficios de la lactancia materna por medio de campañas y por todos los medios que arbitre la autoridad de aplicación;

e) Concientizar y capacitar a la población en general, a los agentes de salud, a los promotores sociales y a los padres en particular, acerca de los

beneficios y ventajas de la lactancia materna y de la correcta utilización de alimentos sucedáneos y complementarios;

f) Promover la capacitación de los equipos de salud a fin de que se recomiende la lactancia materna conforme los alcances de la presente ley;

g) Desarrollar proyectos de investigación que impulsen prácticas de nutrición seguras para madres embarazadas y en lactancia y para niños de hasta dos (2) años de edad;

h) Divulgar investigaciones y estudios interdisciplinarios sobre alimentación infantil, lactancia materna y los factores socioculturales, legales y económicos que intervienen en ella;

i) Promover la creación y desarrollo de centros de lactancia materna cuya función será recolectar, conservar y administrar leche de la madre al propio hijo;

j) Promover la creación y desarrollo de bancos de leche materna cuya función será recolectar, procesar, conservar y distribuir la misma;

k) Promover la provisión de leche materna a lactantes cuando circunstancias específicas así lo requieran;

l) Fomentar la donación voluntaria y gratuita de leche materna para proveer a los bancos de leche materna existentes y a crearse;

m) Promover la provisión de adecuados alimentos sucedáneos y complementarios de la leche materna a los niños lactantes de hasta dos (2) años de edad, conforme lo determine la reglamentación;

n) Difundir el Código Internacional de Sucédáneos de la Leche Materna, conforme lo establecido por el Código Alimentario Argentino, ley 18.284 y sus normas complementarias;

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q51

o) Promover la adhesión de los hospitales y centros de atención primaria de salud a los programas “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” propuesto por la Organización Mundial de la Salud —OMS— y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia —UNICEF—, a la “Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño” creado por el Ministerio de Salud de la Nación y a los que se establezcan a partir de la sanción de la presente ley;

p) Relevar y actualizar los indicadores, las estadísticas oficiales y los estudios epidemiológicos relacionados con la presente ley;

q) Suscribir convenios de gestión con las distintas jurisdicciones a fin de fijar procedimientos, estrategias y metas para cumplir los objetivos en el marco de la presente ley;

r) Coordinar las acciones necesarias con representantes de instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales, laboratorios, empresas vinculadas a la alimentación de lactantes y de asociaciones de profesionales de la salud, a fin de promover las condiciones adecuadas para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley;

s) Promover la normativa necesaria para la protección de la madre trabajadora en período de lactancia;

t) Promover el establecimiento de lactarios en los lugares de trabajo;

u) Promover la legislación necesaria sobre la creación, funcionamiento, control y estándares de calidad de los bancos de leche materna.

TÍTULO III

Financiamiento

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q52

Art. 5° — Financiamiento. Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley deben ser atendidos con las partidas que al efecto destine en forma anual el Presupuesto General de la Administración Pública para el Ministerio de Salud de la Nación, o con la afectación del crédito presupuestario de las partidas que reasigne el Poder Ejecutivo de entrar en vigencia durante el ejercicio en curso.

TÍTULO IV

Coordinación con las jurisdicciones

Art. 6° — Coordinación. La autoridad de aplicación junto con la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación debe promover, en el marco del Consejo Federal de Salud —COFESA—, la aplicación de la presente ley en el ámbito de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y debe coordinar su integración con los programas existentes.

TÍTULO V

Disposiciones complementarias

Art. 7° — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley en el plazo de noventa (90) días desde su promulgación.

Art. 8° — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional (Ley 26.873, 2013)

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Esta investigación es de tipo descriptiva. Dado que el objetivo de este tipo de investigación es establecer una descripción lo más completa posible de un fenómeno, situación o elemento concreto, medir sus características y observar la configuración y los procesos que componen los fenómenos, sólo a partir de la observación. En este caso se analiza el conocimiento que tienen sobre la lactancia materna las madres adolescentes de 16 a 19 años de edad de la localidad de Bosques, del partido de Florencio Varela en el período comprendido entre julio de 2021 a abril de 2022

Esta investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo dado que se basa en el estudio y análisis de la realidad a través de diferentes procedimientos basados en la medición, esto permite un mayor nivel de control e inferencia que otros tipos de investigación, siendo posible obtener explicaciones contrastadas a partir de hipótesis. Los resultados de esta investigación se apoyan en la estadística y son generalizables.

Con respecto al diseño, este es no experimental y de corte transversal, dado que solo se observan los fenómenos como se presentan en un periodo determinado de tiempo, en este caso, durante el periodo que comprende de julio

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q54

de 2021 a abril de 2022. El diseño es no experimental cuando la investigación se realiza sin la manipulación de variables y cuando solo se observan los fenómenos tal cual son o en su ambiente natural, para luego analizarlos.

Población: Todas las madres adolescentes (de entre 16 y 19 años de edad) que realizaron un control prenatal en el período que comprende de julio de 2021 a abril de 2022, en alguna de las 5 C.A.P.S. o centros de salud en la Localidad de Bosques del partido Florencio Varela. En este período de tiempo, se registraron entre 31 y 35 madres adolescentes por sala, calculando un total aproximado de 165 madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela.

Muestra: La muestra del estudio se realizó por selección y conveniencia, son 30 madres de entre 16 y 19 años de edad que residen en la Localidad de Bosques del partido Florencio Varela y realizaron sus controles prenatales en el Centro de Salud Padre Gino, durante el período que comprende de julio de 2021 a abril de 2022.

Unidad de Análisis: Cada una de las madres de entre 16 y 19 años de edad que residen en la Localidad de Bosques del partido Florencio Varela.

Criterios de inclusión

Todas las madres adolescentes entre 16 y 19 años que decidieron participar de las encuestas que residen en la Localidad de Bosques del partido Florencio Varela.

Criterios de exclusión

Todas las madres adolescentes menores a 16 años y mayores de 19 años que residen en la Localidad de Bosques del partido Florencio Varela.

Todas las madres que residen en otras localidades.

Todas las madres adolescentes entre 16 y 19 años que decidieron no participar de las encuestas que residan en la Localidad de Bosques del partido Florencio Varela.

Herramienta de Recolección de Datos

Se realizó un cuestionario cerrado y estructurado del tipo de elección múltiple de 7 preguntas (algunas preguntas admiten más de una respuesta u opción), a todas las madres adolescentes entre 16 y 19 años que decidieron participar de las encuestas que residan en la Localidad de Bosques del partido Florencio Varela.

Variables

Las variables a considerar son:

1. VARIABLE INDEPENDIENTE: LA LACTANCIA MATERNA
2. LA VARIABLE DEPENDIENTE: MADRES ADOLESCENTES

VARIABLE	<u>DEFINICIÓN</u> <u>CONCEPTUA</u> L	DIMENSIONES	TÉCNICA S	INSTRUMENTO
LACTANCIA MATERNA	“la lactancia materna exclusiva es el alimento de elección durante los	Beneficios Percepción sobre la lactancia Tiempo de amamantamiento	ENCUES TA	CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA

	<p>primeros 6 meses, continuando hasta el año de vida o hasta que la madre y el niño deseen, ya que es la forma más natural y saludable de alimentar a los bebés” Ferrer (2015)</p>			
<p>Madres adolescentes</p>	<p>La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre 10 hasta 19 años, con dos fases: la adolescencia</p>	<p>Características psicosociales.</p> <p>Creencias</p> <p>Información</p> <p>Edad</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Cantidad de hijos</p>	<p>ENCUESTA</p>	<p>CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA</p>

	temprana, de 10 a 14 años,y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.			
--	--	--	--	--

- Edad: Unidad de medida (años)
- Nivel educativo
 - Sin escolaridad
 - Primario incompleto
 - . Primario completo
 - Secundario incompleto
 - Secundario completo
 - Terciario/universitario incompleto
- Ocupación
- Número de hijos
- Alimentación de los hijos durante los primeros seis meses
 - Lactancia materna exclusivamente
 - lactancia y leche maternizada

- Leche maternizada

- Otros

- Causas de la alimentación de los hijos durante los primeros seis meses
 - motivos laborales
 - falta de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna
 - insatisfacción del niño frente a la leche materna

- Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna para el bebé
 - sí

 - no

- Beneficios conocidos

- Edad hasta la que se aconseja mantener la lactancia

- Intención de dar de mamar a un futuro hijo
 - sí

 - no

RESULTADOS

A continuación, se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de encuestas, realizadas a madres adolescentes de la localidad de Bosques, de Florencio Varela.

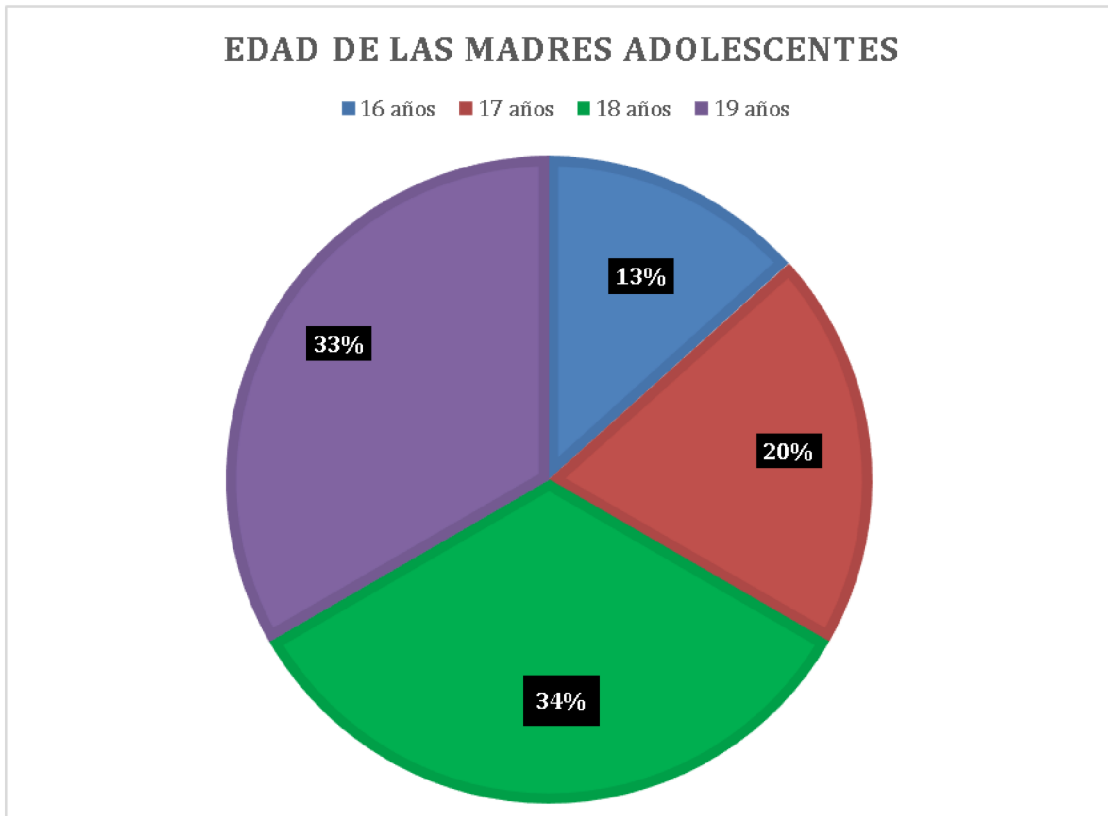
En términos generales las madres adolescentes entrevistadas se mostraron interesadas con respecto al tema de amamantamiento y expresaron la necesidad de conocer más respecto del tema.

Tabla 1: Edad de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022

<i>Edad</i>	<i>Madres adolescentes</i>	<i>%</i>
16 años	4	13%
17 años	6	20%
18 años	10	34 %
19 años	10	33%
TOTAL	30	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 1



Fuente: elaboración propia

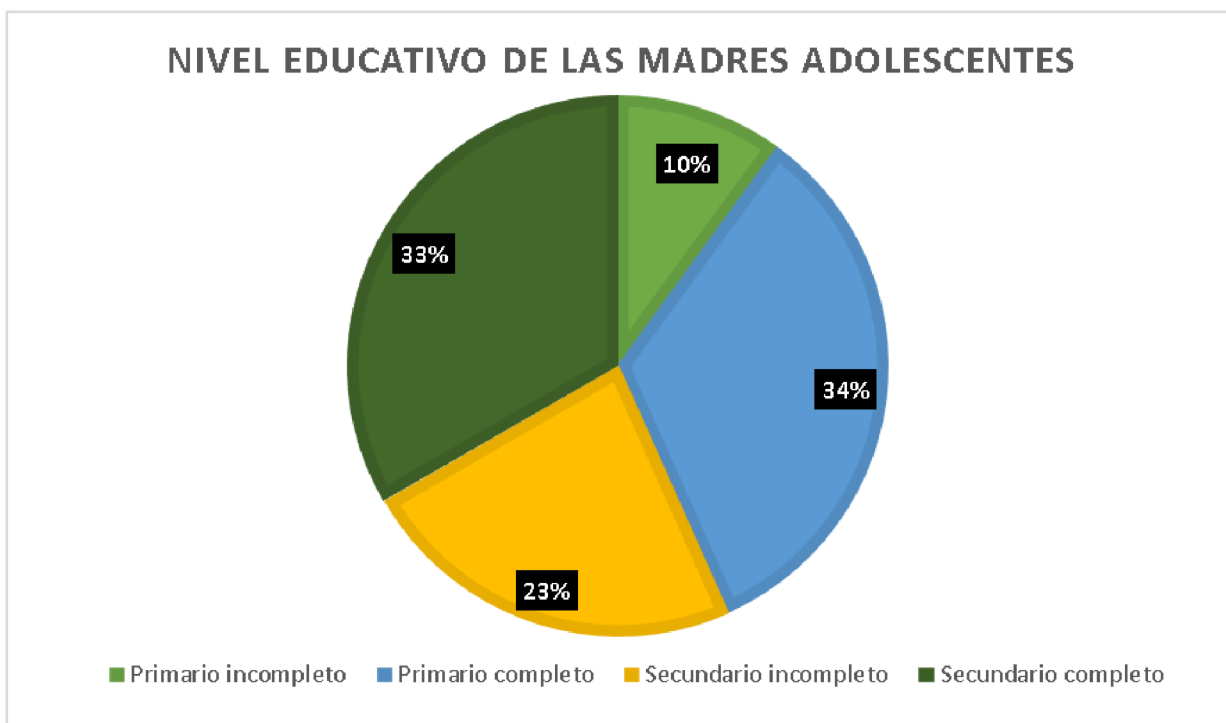
Análisis e Interpretación La población encuestada de 30 madres adolescentes, se observan que tienen de 16 a 19 años de edad. Considerando que quienes tenían 18 y 19 años de edad, correspondían a un 33,33% cada una, mientras que un 20% tenía 17 años y el restante 13,33%, 16 años.

Tabla 2: Nivel educativo de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022

<i>Categoría</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sin escolaridad	0	0%
Primario incompleto	3	10%
Primario completo	10	33%
Secundario incompleto	7	23%
Secundario completo	10	34%
Terciario/universitario incompleto	0	0%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 2



Fuente: elaboración propia

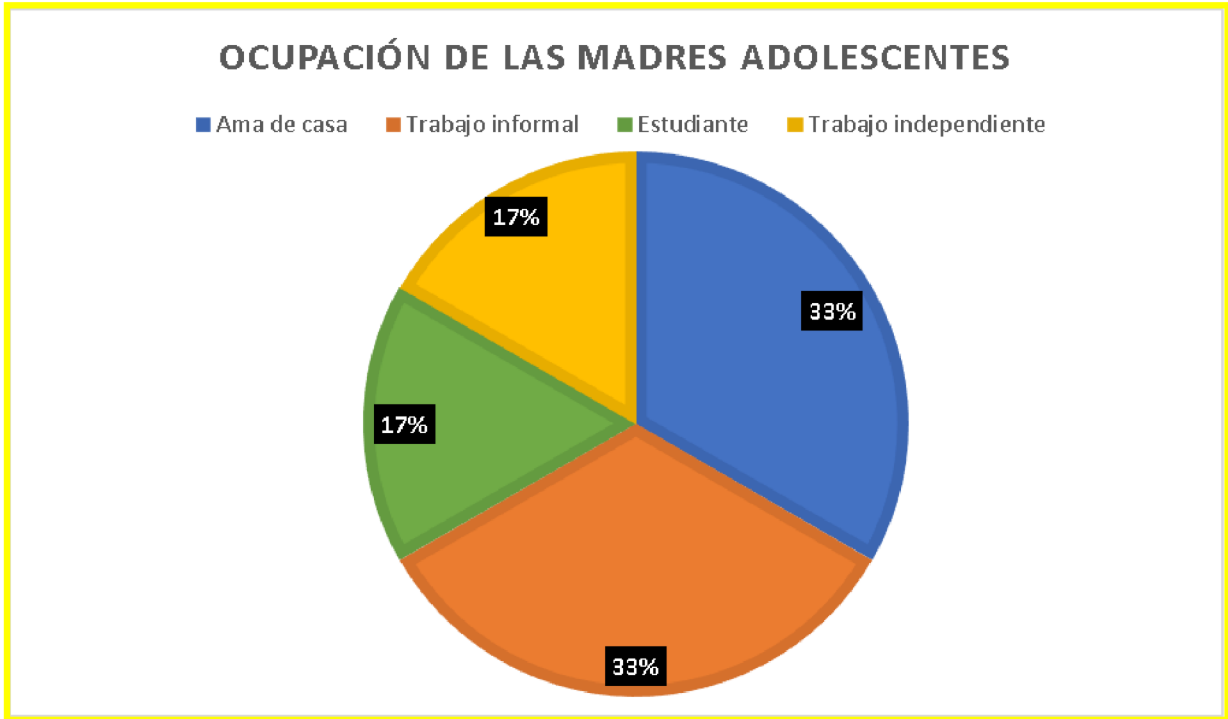
Análisis e Interpretación: Con respecto al nivel educativo de las encuestadas, aquellas que terminaron el nivel primario y aquellas que terminaron el nivel secundario comparten un 33,33% cada una, un 23,34% cursó el secundario incompleto, sólo un 10% cursó el primario incompleto, ninguna de ellas no cursó ningún nivel de escolaridad y ninguna de ellas se encuentra en un nivel terciario o universitario de educación.

Tabla 3: Ocupación de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022

<i>Categoría</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ama de casa	10	33%
Trabajo informal	10	33%
Estudiante	5	17%
Trabajo independiente	5	17%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3:



Fuente: elaboración propia

Análisis e interpretación Con respecto a la ocupación, la mayoría de las encuestadas eran amas de casa o desempeñaban un trabajo informal, compartiendo un 33,33% cada una. Las encuestadas que eran estudiantes o desempeñaban un trabajo independiente, compartían un 16,67% cada una.

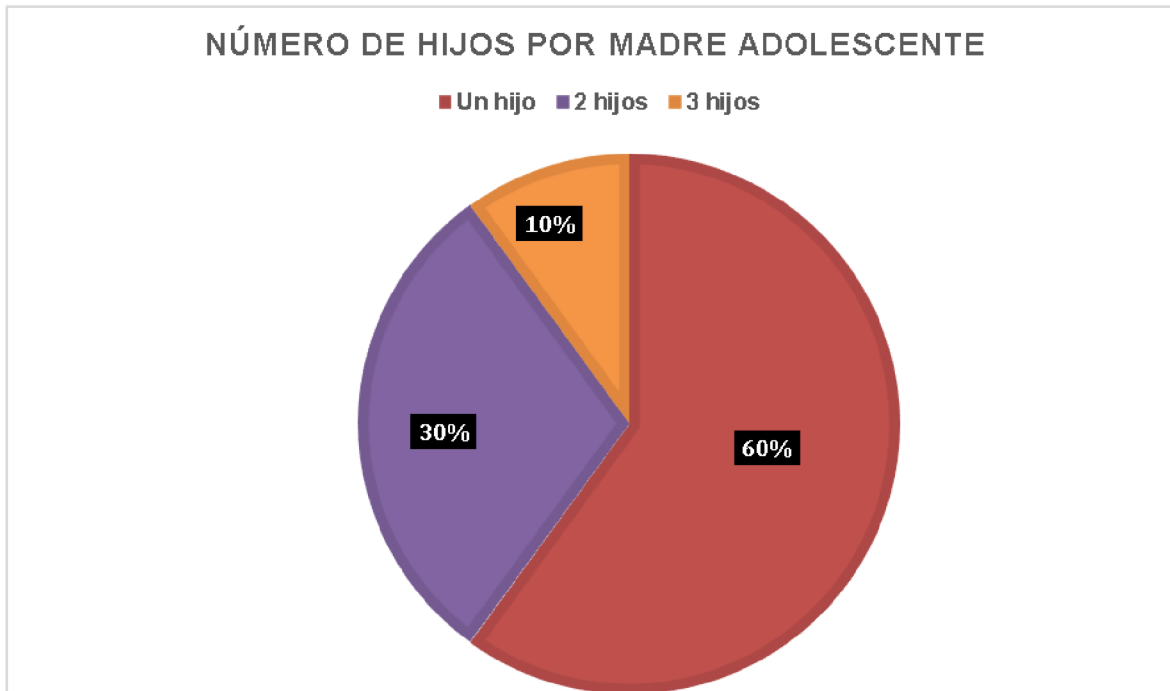
Tabla 4: Número de hijos de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022

Categoría	f	%
Un hijo	18	60%
2 hijos	9	30%
3 hijos	3	10%

Total	30	100%
-------	----	------

Fuente: elaboración propia

Gráfico 4:



Fuente: elaboración propia

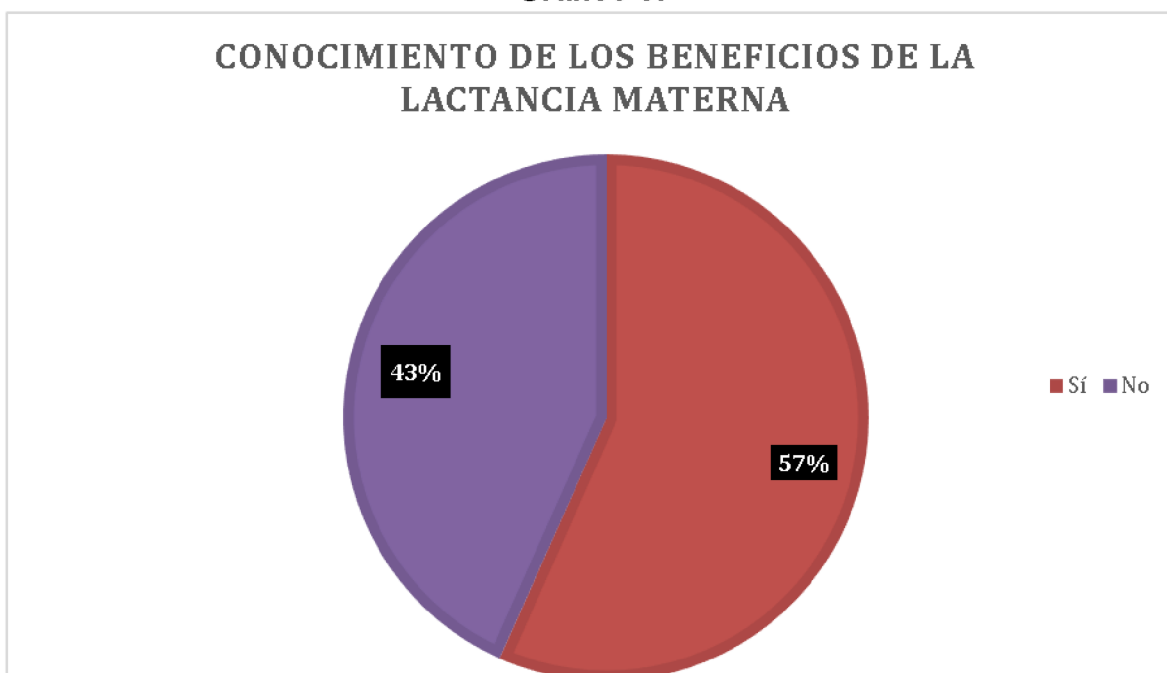
Análisis e Interpretación: Según las respuestas de las encuestadas, el 60% de las madres tenían un hijo, el 30% refirió tener dos hijos y un 10% refirió tener 3 hijos

Tabla 5: Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna de las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022

<i>Categoría</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	17	57%
No	13	43%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5:



Fuente: elaboración propia

Análisis e Interpretación Con respecto al conocimiento de los beneficios de la lactancia materna, un 57% respondió que los conocía, mientras que el restante 43% desconoce la importancia de esa práctica.

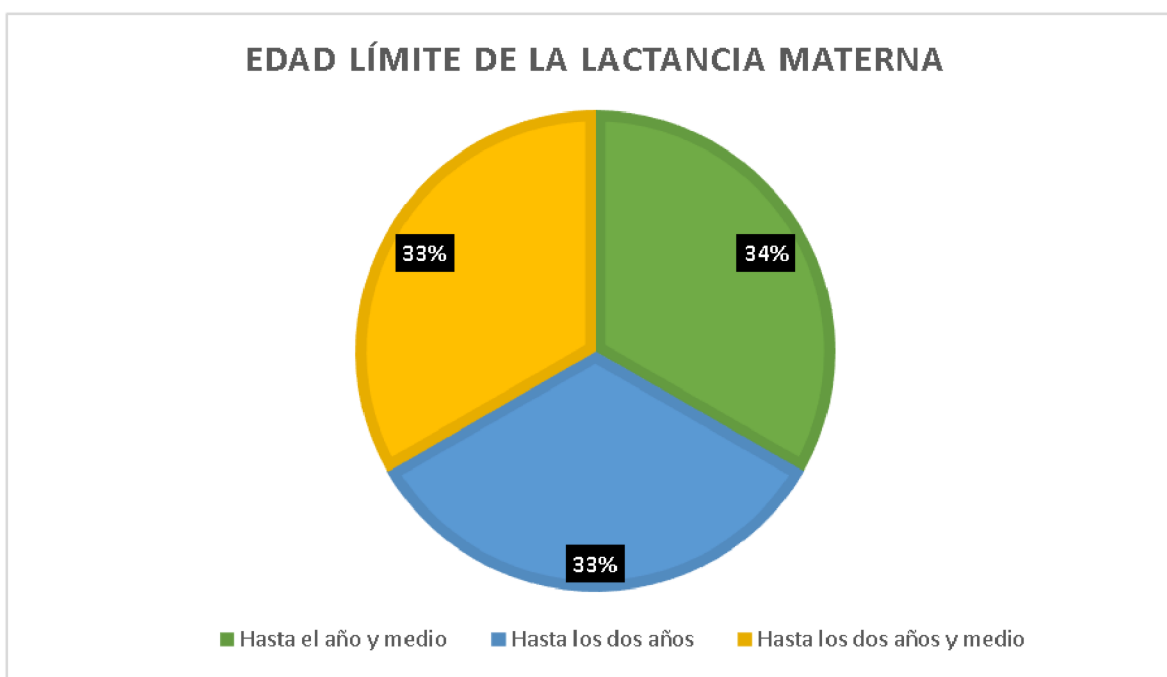
De las respuestas dadas por las madres adolescentes, al ser encuestadas sobre los beneficios de la lactancia materna que conocían, se refirieron a que la leche materna es el alimento, más importante para el bebé, su salud, crecimiento y desarrollo físico y mental y es una defensa para el organismo del bebé.

Tabla 6: Edad límite para la lactancia materna según las madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022

<i>Categoría</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Hasta el año y medio	10	33,33%
Hasta los 2 años	10	33,33%
Hasta los 2 años y medio	10	33,34%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 6:



Fuente: elaboración propia

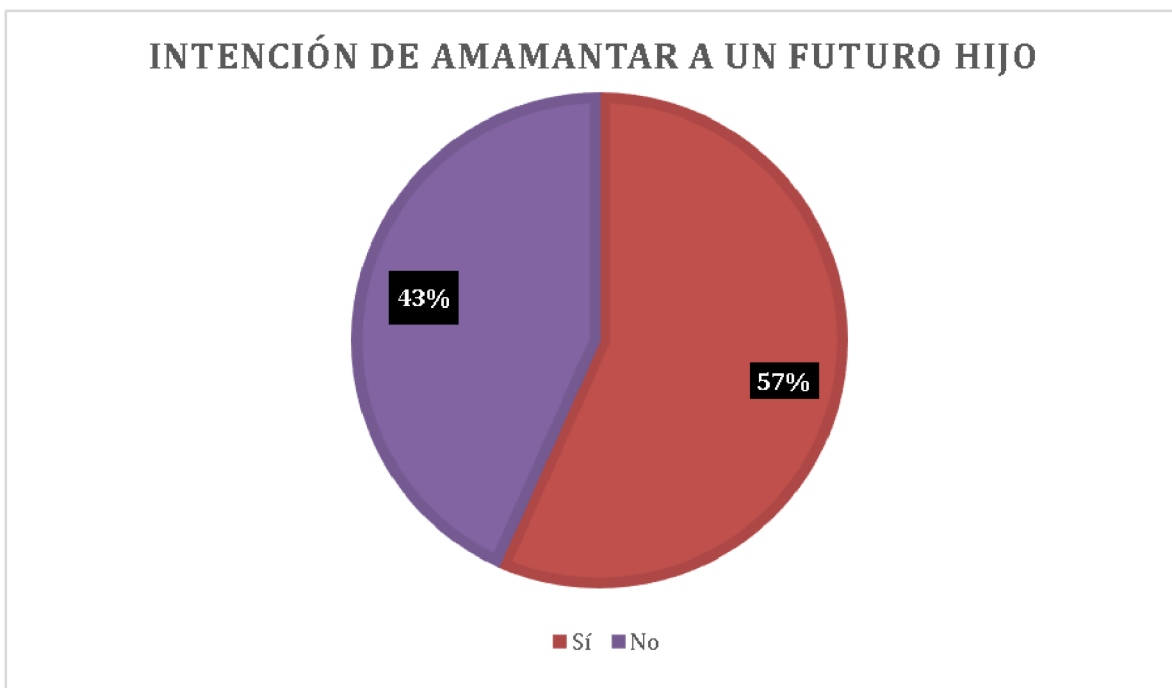
Análisis e Interpretación Con respecto a la edad límite para la lactancia materna, las encuestadas consideran, en partes iguales, que las edades de un año y medio, dos años, y dos años y medio son válidas, compartiendo cada una un parejo 33,33%

Tabla 7: Intención de amamantar a un futuro hijo en madres adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela de julio de 2021 a abril de 2022

<i>Categoría</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	17	57%
No	13	43%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 7:



Fuente: elaboración propia

Análisis e Interpretación Las madres que manifestaron su intención de amamantar a un futuro hijo, fundamentaron su respuesta en el hecho de estar más informadas ahora, es importante para una buena alimentación y el crecimiento y aumento de defensas del bebé. Quienes respondieron negativamente, respondieron que no lo harían por tener que trabajar, no les resultaba cómodo y nos les gustaba la idea.

CONCLUSIONES

La investigación realizada determinó el nivel de conocimiento que las madres adolescentes de 16 a 19 años de la localidad de Bosques, del partido de Florencio Varela tenían sobre la lactancia materna en el período comprendido entre julio de 2021 y abril de 2022.

Se comprobó que un 57% de las madres tiene conocimiento sobre la importancia de la lactancia exclusiva para la alimentación de sus hijos, su salud, crecimiento y desarrollo físico y mental, así como lo esencial que resulta la lactancia continua para las defensas del organismo del bebé por otro lado con un 43% desconocen esa importancia.

Cuando se indaga sobre el tiempo de lactancia aconsejado, tanto las encuestadas que establecieron la edad límite de lactancia materna en las edades de un año y medio, dos años, y dos años y medio, corresponden al 30% cada una. Todas dentro del rango de la OMS, que establece una edad recomendable para la lactancia de uno a dos años, que puede continuar mientras la madre y el hijo así lo deseen.

También se logró identificar las características sociodemográficas de las madres adolescentes, estableciendo que el 60% tienen 18 y 19 años de edad, mientras que un 20% tienen 17 años y el restante 13%, 16 años. Que la mayoría de las madres completó por lo menos el nivel de educación primario y comenzó, o en un tercio de los casos, incluso finalizó el nivel de educación secundaria.

Sin embargo, ninguna de las encuestadas realiza a la fecha estudios de nivel terciario o universitario.

Además, el 83% de las madres encuestadas no tienen trabajos bien remunerados, son amas de casa, estudian o desempeñan un trabajo informal, sólo un 17% desempeñan un trabajo independiente, del total.

Un 60% de las encuestadas tienen un solo hijo, un 30% es madre de dos hijos y un 10% tiene 3 hijos.

Al relacionar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna con las características sociodemográficas de las madres adolescentes de 16 a 19 años de la localidad de Bosques, del partido de Florencio Varela, resulta positivo que la mayoría de las encuestadas están bien informadas al respecto de la lactancia materna exclusiva, y aquellas que optan por interrumpir o combinar la lactancia materna, lo hacen por motivos laborales y de tiempo, así como porque, en casos particulares, sus hijos no quedan satisfechos con la leche materna.

Además, cuando se les preguntó a las encuestadas si pensaban continuar la lactancia exclusiva en caso de un futuro hijo, un 57% respondió que sí y un 43% que no.

En conclusión, las madres adolescentes de Bosques, Florencio Varela demostraron conocer los beneficios de la lactancia materna exclusiva, los períodos adecuados, entre otros aciertos.

Los resultados revelaron que las madres adolescentes poseen conocimiento sobre la importancia de la lactancia exclusiva para la alimentación de sus hijos, así como lo esencial que resulta la lactancia continua para las defensas del organismo del bebé y el tiempo de lactancia aconsejado.

Referencias Bibliográficas

Aguilar, M., et al. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. Nutr Hosp. 33(2). 482-493.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200046

Arce, P., y Ballón, J. (2019). Intervención de enfermería según modelo de Dorothea Orem en la calidad de vida de usuarios del centro de hemodiálisis sermedial sac. Arequipa 2019. (Tesis de Titulación). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10407/ENarxop%26bariir.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bautista-Hualpa, Y., y Díaz-Rivadeneira, I. (2017). Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua. Rev. enferm Herediana. 10(1). 14-21.

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3126/3109>

- Borre, Y., Cortina, C., y González, G. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente? *Rev. Cuid.* 5(2). 723-30.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.84>
- Brahm, P., y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgo de no amamantar. *Rev. chil Pediatr.* 88(1). 7-14.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v88n1/art01.pdf>
- Cabedo, R., et al. (2019). Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas Profesión*, 20(2), 54-61. Obtenido en
<https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>.
- Carvajal, M., Alpizar, D., y Moreira, L. (2011). Intervención educativa aplicada a madres adolescentes para prolongar la lactancia materna hasta el primer año. *MEDICIEGO.* 17(Supl.1). 1-10.
<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757297010.pdf>
- Covilla, M., Morelo, N., y Morelos, L. (2018). Factores culturales y sociales asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de san Basilio de palenque, 2018. Universidad de Cartagena.
<https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/8158/FINAL%20INFORME%20%20%20ENFERMERIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cuyutupac, A., y Sinche, R. (2016). Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes del centro de salud de san Agustín cajas de julio - diciembre del 2015. (Tesis de Titulación). Universidad Peruana del Centro.
<http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/UPECEN/67>
- lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q72

- Ferrer, L (2015). Lactancia Materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral*. 19(4). 243.
https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf
- Forero, Y., Rodríguez, S., Isaacs, A., y Hernández, J. (2013). La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Biomédica*. 33. 554-563. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i4.1470>
- García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediátrica de México*. 32(4). 224-225.
<https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330006.pdf>
- Gonzales, A., y Trucios, L. (2019). Percepciones sobre lactancia materna exclusiva y razones de su abandono en madres primerizas del Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores 2018. (Tesis de Titulación). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/648701/GonzalesJ_A.pdf?sequence=3
- Güemes-Hidalgo, M., González-Fierro, M., e Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 21(4). 233.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Gutiérrez-Obregón, Y., y Marín-Arias, L. (2017). Significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana y otra rural de
- lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q73

- Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. 15(1). 1.23.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n1/1659-0201-psm-15-01-00241.pdf>
- Hermosilla, A., y Sanhueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. Ciencia y enfermería. 21(1). 11-21.
https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_02.pdf
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspecto físico, psicológico y social. Pediatr. Integral. 17(2). 88.
<https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Juárez, A., y Palacios, M. (2016). Técnicas de amamantamiento y nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes. Hospital Eleazar guzmán barrón. Nuevo Chimbote, 2016. (Tesis de Titulación). Universidad Nacional del Santa.
<http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2600>
- Ley 26.873 (2013). Lactancia materna. Promoción y concientización pública.
<http://www.msal.gob.ar/dlsn/categorias/persona-humana/ninas-ninos-y-adolescentes/ley-26873>
- Limones, I. (2011). Adolescentes y percepción del sí mismo: la construcción de una imagen realista de la adolescencia desde la familia y la escuela. Eticanet. 9(11). 233-252.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3802191.pdf>
- López-Sáleme R, Covilla-Pedrozo M, Mórelo-Castro N, Morelos-Gaviria L. (2019). Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q74

San Basilio de Palenque. Duazary. 16(2 número especial): 293 - 306.

<https://doi.org/10.21676/2389783X.2961>

Mazzini, R., Veloz, M. (2015). Conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes con niños menores de un año que acuden al centro de salud pascuales área #12 de enero - junio del 2015. (Tesis de Titulación). Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8116>

Naranjo, Y., Rodríguez, M., y Concepción, J. (2016). Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Revista Cubana de Enfermería. 32(4). 126-138. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf21416.pdf>

Pahura, A. (2013). Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial. (Tesis de Titulación). Universidad Abierta Interamericana. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/tc112129.pdf>

Pahura, A. (2013). Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial. (Tesis de Titulación). Universidad Abierta Interamericana. (pp. 32-34). <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/tc112129.pdf>

Pahura, A. (2013). Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial. (Tesis de Titulación). Universidad Abierta Interamericana. (pp. 16-17). <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/tc112129.pdf>

Pahura, A. (2013). Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia
lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q75

artificial. (Tesis de Titulación). Universidad Abierta Interamericana. (p. 17).
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/tc112129.pdf>

Palomino, N. (2019). Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en puérperas de 20 a 35 años en el hospital rezola – cañete, 2019. (Tesis de Titulación). Universidad Privada Sergio Bernalles.
http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/218/1/PALOMINO_A_TESIS.pdf

Puente, M., Alvear, N., de los Reyes, A., y Ricardo, T. (2010). ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? Rev. Cubana Aliment Nutr. 20(2):280-286.

Rangel-Flores, Y., Martínez-Plascencia, U., y Rodriguez-Martinez, E. (2018). Percepciones y experiencias de usuarias sobre las limitaciones sanitarias para la promoción de lactancia materna. Rev. Salud Pública. 20 (3). 308-313.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n3/0124-0064-rsap-20-03-308.pdf>

Rodríguez, D., Barrera, M., Tibanquiza, L., y Montenegro, A. (2020). Beneficios inmunológicos de la leche materna. Saberes del Conocimiento. 4(1). 98.
<https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/download/440/635/>

Rojo, H. (2012). Aspectos nutricionales de la leche humana. 7° Congreso Argentino de Lactancia Materna.
https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/lactancia/ppt/rojo_aspectos.pdf

Ruiz, P. (2017). Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas del hospital cesar garayar garcia Mayo 2016. (Tesis de Titulación). Universidad Científica del Perú.
lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q76

<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/177/RUIZ-1-Trabajo-Nivel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sabillón, F., y Abdu, B. (s.f). Composición de la Leche Materna. Honduras
Pediátrica. 15(6). 120-121.

<http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>

Sabillón, F., y Abdu, B. (s.f). Composición de la Leche Materna. Honduras
Pediátrica. 15(6). 121-122.

<http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>

Sabillón, F., y Abdu, B. (s.f). Composición de la Leche Materna. Honduras
Pediátrica. 15(6). 122-123.

<http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>

UNICEF (2013). Lactancia materna. (p.20).

<https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

UNICEF (2013). Lactancia materna. (p.24).

<https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

UNICEF (2013). Lactancia materna. (p.26).

<https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

Uriarte Saavedra, Z. G. (2018). Evaluación de niños menores de un año con
lactancia materna exclusiva en el puesto de salud de Mazo, 2015-2017.

<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5033>

Varon, M. (2013). Lactancia Materna en madres adolescentes. Revista de
medicina y ciencia de la salud.

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1244/1/Lactancia-materna-en-madres-adolescentes.-Una-vision--del-cuidado--humano>

lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina q77

Woman's Hospital (2013). Guía de amamantamiento. 14-15.

<http://www.womans.org/-/media/pdfs/spanish1762049breastfeeding-guide.pdf?la=en&hash=F1A228C544F271F24ADB14AB4BCC5EC16AE4F574>

Recomendaciones

- Promover campañas de información sobre la lactancia materna en las escuelas, centros y espacios recreacionales de los y las adolescentes de la localidad de Bosques, Florencio Varela.
- Investigar sobre métodos de la lactancia materna exclusiva, que permitan a las madres mantener esta práctica mientras continúan con sus empleos y estudios.
- Indagar más sobre las condiciones laborales de las madres adolescentes de Bosques, Florencio Varela, relacionadas con los periodos de ausencia por embarazo, parto y postparto.
- Investigar más ampliamente sobre las alternativas a las lactancias materna exclusiva.

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta sobre lactancia materna

Encuesta N°

Fecha: ...

1.- Edad

2.- Nivel educativo

- Sin escolaridad
- Primario incompleto
- Primario Completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario/universitario incompleto

3.- Ocupación

4.- ¿Cuántos hijos tenés?

5.- ¿Conocés los beneficios de la lactancia materna para el bebé?

- Si

- No

En caso de respuesta afirmativa

5.1.- ¿Qué beneficios conocés?

6.- ¿Hasta qué edad se aconseja mantener la lactancia materna?

7.- ¿Si tuvieras otro hijo, le darás de mamar?

- Si

- No

7.1.- ¿Por qué?

