

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO



INFORME DE TESIS

**EFFECTIVIDAD DE LA SESIÓN EDUCATIVA IMPARTIDA POR LA
ENFERMERA SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL
INCREMENTO DE CONOCIMIENTO DE MADRES DE LOS RECIEN NACIDOS
EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZAN” DE HUANUCO 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA Y GESTION SANITARIA**

TESISTA: LIC.ENF. DIZA BERRIOS ESTEBAN

HUANUCO - PERU

2015

**EFFECTIVIDAD DE LA SESIÓN EDUCATIVA IMPARTIDA POR LA
ENFERMERA SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL
INCREMENTO DE CONOCIMIENTO DE MADRES DE LOS RECIEN NACIDOS
EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZAN” DE HUANUCO 2014.**

DEDICATORIA

A mis padres y hermano, esposo, e hijos por su apoyo y comprensión en cada momento de mi preparación profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios: El ser maravilloso que nos dio la vida y esta digna vocación, guiándonos por el camino correcto y fortaleciéndonos para superar los obstáculos que se me presente en el transcurso de mi carrera profesional.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad de la sesión educativa impartida por la enfermera sobre lactancia materna exclusiva en el incremento de conocimiento de madres de los recién nacidos en el Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano” de Huánuco 2014.

Material y Método: El estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi - experimental y de un solo diseño, de corte prospectivo y longitudinal. La muestra estuvo conformada por 30 madres de familia. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, el cuál fue sometido a juicios de expertos aplicado antes y después de la ejecución de programa educativo.

Resultados: Se observa respecto a la calificación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las madres antes y después de la aplicación de la sesión educativa en el pre test el 83% su calificación fue mala y el 17% fue regular, en el post test fue 67% bueno y 33% muy bueno por ende se puede evidenciar estadísticamente que el programa educativo sobre lactancia materna fue efectivo.

Conclusiones: Las sesiones educativas impartidas por la enfermera sobre lactancia materna exclusiva en el incremento de conocimiento de madres de los recién nacidos en el Hospital Regional “Hermilio Valdizan” de Huánuco fue efectivo en el incremento de conocimientos de las madres, por la comparación de las medidas descriptivas de calificación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna en el pre test el puntaje mínimo de calificación fue de 4 y el máximo de 13 en el post test el puntaje mínimo fue de 15 y el máximo de 18. Se aprecia una desviación estándar en el pre test de 2,84 y en el post test de 1,003, evidenciados que la sesión educativa impartida por la enfermera sobre lactancia materna exclusiva incremento los conocimientos de madres de los recién nacidos en el Hospital Regional “Hermilio Valdizan” de Huánuco 2014.

Palabras claves: Efectividad, sesiones educativas, lactancia materna exclusiva.

SUMMARY

Objective: To determine the effectiveness of the educational session given by nursing on exclusive breastfeeding in the knowledge level of mothers of newborns in the Regional Hospital "Hermilio Valdizan Medrano" of Huánuco 2014.

Material and Method: The study of quantitative type, level of application, quasi - experimental method and a single design, with a prospective and longitudinal cut. The sample consisted of 30 mothers. The technique that used the interview and the instrument a questionnaire, which was submitted to judgments of experts applied before and after the implementation of the educational program.

Results: The classification of the level of knowledge about exclusive breastfeeding of mothers before and after the educational application in the pre-test is observed 83% of their grade was poor and 17% was regular in the post test Was 67% good and 33% very good for helping you to statistically prove that the educational program on breastfeeding was effective.

Conclusions: The nursing sessions given by the nurse on exclusive breastfeeding in the level of knowledge of mothers of the newborns in the Regional Hospital "Hermilio Valdizan" of Huánuco was effective in the level of knowledge of the mothers, by the comparison of the Descriptive measures of the qualification of the level of knowledge about breastfeeding in the pretest the minimum qualification score was 4 and the maximum of 13 in the post test the minimum score of 15 and the maximum of 18. A standard deviation In the pre test of 2.84 and in the post test of 1.003, evidenced that the educational session given by the nurse on exclusive breastfeeding the knowledge of the mothers of the newborns in the Regional Hospital "Hermilio Valdizan" of Huanuco 2014 .

Key words: Effectiveness, educational sessions, exclusive breastfeeding.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Summary.....	vii
Índice.....	viii
Introducción.....	x

CAPÍTULO I**EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1 Descripción del problema.....	16
1.2. Formulación del problema.....	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.4. Hipótesis de la investigación.....	17
1.5. Variables de la investigación.....	17
1.6. Justificación.....	18
1.7. Utilidad Y Conveniencia Para El Estudio Del Problema.....	20
1.8 Factibilidad Y Viabilidad Para El Estudio Del Problema.....	20

CAPÍTULO II**MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de estudio.....	21
2.2. Bases teóricas.....	24
2.3 bases epistémicas.....	67

CAPÍTULO III**MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo de investigación.....	71
3.2 Nivel.....	71
3.3 Método.....	71
3.4 Diseño de la investigación.....	71
3.5 Población y muestra.....	72
3.6 Definición Operativa Del Instrumento de Recolección De Datos... 72	
3.7 Procedimiento De Procesamiento, Presentación E Interpretación de Datos.....	73

**CAPÍTULO IV
RESULTADOS**

Resultados 75

**CAPÍTULO V
DISCUSIÓN**

Discusión.....85
Conclusiones.....90
Recomendaciones.....91
Bibliografía.....92

INTRODUCCION

La lactancia materna, tradición milenaria que en el Perú se remonta a la cultura pre-inca es una práctica natural de conservación de la especie; un tema que debe abordarse desde la perspectiva del desarrollo humano y que va más allá de lo biológico. Se trata de una forma de biología intensa, como diría el poeta José Watanabe: “Mi madre era tierna... Qué olor tan profundo basal y glandular. Su ternura, tenía intensa biología”. El retroceso observado en los últimos cuatro años respecto a la prevalencia de la práctica de lactancia materna no es sólo un problema que debe tratarse desde las instancias responsables de la salud pública, es un tema que nos concierne a todos porque tiene que ver con el desarrollo de las niñas y niños que nacen diariamente y que constituyen el futuro de la humanidad. La leche materna posee una serie de nutrientes esenciales como proteínas, vitaminas y ácidos grasos que no se hallan en ningún otro alimento de origen animal o vegetal. Nuestro cerebro se desarrolla casi completamente durante los dos primeros años de vida y los nutrientes de la leche materna son indispensables para el desarrollo cerebral en esta etapa; el aminoácido denominado taurina es fundamental para dicho desarrollo. Además, la leche materna tiene capacidad de inmunización, por lo que protege, previene y combate infecciones como la diarrea y la neumonía. Está comprobado que los lactantes que han recibido leche materna exclusiva hasta los seis meses, es decir, frecuentemente de día y de noche y el tiempo que lo deseen, están mejor nutridos y han contraído menos enfermedades que los que recibieron otros alimentos. Los esfuerzos para la promoción de prácticas óptimas de lactancia materna y de alimentación complementaria son dos de las tres acciones preventivas más eficaces para prevenir la mortalidad en la niñez, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la actualidad existe un movimiento muy importante de

apoyo a la lactancia materna, promovido de manera especial por UNICEF, la OMS, la salud pública y la sociedad civil, que plantean una serie de criterios para favorecer la lactancia exitosa desde que la madre asiste al control prenatal. Así, las niñas y niños podrán acceder a la posibilidad de un mejor crecimiento, desarrollo y salud, incluyendo una alimentación complementaria a partir de los seis meses, pero sin abandonar la leche materna, preferiblemente hasta los dos años de edad. (UNICEF).

El Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y las asociaciones profesionales de expertos del Perú recomiendan el amamantamiento exclusivo por 6 meses, iniciándolo en la primera hora del nacimiento y continuado hasta más allá de los 2 años, con alimentación complementaria apropiada, como la manera óptima de alimentar al lactante y al niño pequeño.

Si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220 000 vidas. Un análisis reciente de estudios llevados a cabo en Ghana, la India y el Perú muestra que los lactantes no alimentados al pecho tenían 10 veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo.

A nivel mundial, un 38% de los bebés reciben lactancia materna como alimentación exclusiva durante seis meses. En el Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2010 gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa OMS/UNICEF de hospitales amigos del niño, que certifica el apoyo de los centros de salud a la lactancia materna. En consecuencia, la tasa del Perú está muy por encima de la tasa mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado (2012:

67,5%). En algunas zonas, sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja.

En el Perú, el amamantamiento continua siendo una práctica natural y culturalmente aceptada en el 2010, donde el 98.5% de los niños/as ha lactado alguna vez, sin embargo, solo el 52.7% de niño/as inicia la lactancia en la primera hora de nacido y una tercera parte (30.5%) recibe otros líquidos o alimentos antes de dar la primera mamada, lo cual pone en riesgo la duración de la lactancia y sus beneficios. Esto ocurre mayoritariamente en niño/as que han nacido en un establecimiento de salud (33.6%) y en aquellos que recibieron asistencia de un profesional de salud en el parto (33.1%).

Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en el Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser la inversa: las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño.

El presente estudio consta de las siguientes partes: Capítulo I: Planteamiento del problema, Formulación del Problema, justificación, Objetivos, , el Capítulo II: Antecedentes De Estudio, Base Teórica, Capítulo II: Diseño Metodológico: Tipo de Investigación, Descripción de la Sede de Estudio, Población y Muestra, Técnica e Instrumento, Validez y Confiabilidad, Plan de Recolección de Datos, Capítulo IV Resultados y Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, al final se presenta la referencia bibliográfica, bibliografía y anexos

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Aún cuando la mayoría de las madres, en nuestro país, inicia la lactancia natural después del parto, menos de la mitad lo hace en la primera hora y muchas de ellas comienzan a dar alimentos suplementarios a sus hijos abandonan la lactancia, al poco tiempo. Todos los trabajadores de salud encargados de cuidar a las madres y a sus hijos juegan un rol clave en mantener la lactancia. De ahí que exista la necesidad de que estén dotados de conocimientos y habilidades para apoyar y proteger la lactancia materna.

La lactancia materna es el alimento primordial para el niño en sus primeros años de vida, que ofrece múltiples beneficios para la madre, su hijo y la sociedad y una práctica cultural transmitida de generación en generación. Es por eso que diferentes entes internacionales y nacionales han implementado estrategias que promuevan y garanticen esta práctica. Históricamente las mujeres en el Perú han lactado a sus hijos, en condiciones que están ligadas a la cultura, estrato social, nivel de educación, ocupación, condiciones de salud, entre otros aspectos como lo demuestran estadísticas reportadas por la Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS)¹ de los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, para el año 1995 la duración de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) era de 0.5 meses con pico máximo en el año 2005 de 2.2 meses; sin embargo el año 2010 reporta un descenso a 1.8 meses. A pesar de ello se conserva el promedio de lactancia materna con alimentación complementaria hasta los 14.9 meses. Dentro de la misma encuesta los motivos expresados por las mujeres para suspender

definitivamente la lactancia a niños menores de dos años, fueron principalmente: se les acabó la leche o por rechazo del niño, razones probablemente asociadas con técnicas inadecuadas de amamantamiento. En los niños mayores de un año la justificación para terminar la lactancia, fue por considerar que el niño tenía la edad para el destete, seguido por trabajo de la mujer. En otros resultados encontrados en la ENDES se evidencia que el éxito de la LME radica en la información recibida antes y en los primeros días del nacimiento, el 70% de las madres de los niños menores de 5 años recibieron asesoría en los primeros dos días posparto por parte del personal salud sobre cómo iniciar la alimentación con leche materna

El comportamiento de la mortalidad infantil, que puede tener relación en alguna forma con las prácticas de alimentación del niño tal es así que en el mundo mueren diariamente alrededor de 26,000 niños y niñas menores de cinco años y la gran mayoría de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. Un número considerable de las defunciones infantiles son el efecto de infecciones respiratorias o diarreicas que constituyen una amenaza en los países industrializados cerca de 2 millones de niños menores de cinco años mueren anualmente de neumonía más o menos uno de cada cinco fallecimientos a escala mundial, y hasta 1 millón más mueren por infecciones graves, incluida la neumonía, durante el período neonatal. No obstante los progresos realizados desde 1980, las enfermedades diarreicas ocasionan el 17% de las muertes de menores de cinco años. Si todos los lactantes y niños pequeños disfrutaran de una lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida, es necesario contar con una propuesta de cuidado que oriente en forma estandarizada las actividades de los profesionales de Enfermería y la articulación con otros profesionales

En el Perú, cada vez menos niños inician la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento. Especialmente los que nacen en establecimientos de salud, los que son atendidos en el parto por profesionales de la salud, los que pertenecen a los estratos con mayores ingresos y con madres con nivel de educación superior.

Los niños y niñas peruanos, en promedio, tienen la oportunidad de recibir lactancia materna exclusiva durante **4.2 meses**, sin embargo esta proporción se reduce significativamente, en el caso de los niños de medios urbanos, de hogares con mayores niveles de ingreso y madre con educación

En forma paradójica en los lugares donde existen las mejores coberturas de Parto institucional están los menores valores de lactancia materna exclusiva esto debido a la falta de orientación del personal de salud especialmente por la enfermera quien está a cargo de la atención inmediata y vigilancia de lactancia materna en la sala de puerperio. Y una forma de mejorar esta práctica es mediante la sesión educativa que viene a ser una técnica que se utiliza en la enseñanza o educación de personas adultas, que fomenta el análisis, el diálogo y la reflexión sobre un tema. La competencia Específica de un sesión educativa es: Crear una Cultura de Seguridad del Paciente con todo el personal que trabaja en el hospital, con el fin de facilitar la implementación de la Política y de las Prácticas de Seguridad del Paciente, mediante el proceso continuo y participativo, que involucre tanto a la alta dirección como a la totalidad del recurso humano. Además establece la relación entre los procesos de implementación de la cultura de seguridad en el ámbito de la atención en salud, identifica la importancia preponderante de enfermería, como líder administrativa de los servicios, en el proceso de implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente reconociendo los principales elementos de un programa de entrenamiento centrada en la familia y

el paciente, como mecanismo de facilitación de la madre aumentando tanto la seguridad como la satisfacción con la educación continua .

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, se ha creído conveniente formular el siguiente problema general de investigación:

PROBLEMA GENERAL

¿Cuál será la efectividad de la sesión educativa impartida por la enfermera sobre lactancia materna exclusiva en el incremento de conocimiento de madres de los recién nacidos en el Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco 2014?

PROBLEMAS ESPECIFICOS

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva antes de la aplicación de la sesión educativa?
2. ¿Al Aplicar el Programa Educativo sobre lactancia materna a las madres de los recién nacidos incrementara sus conocimientos?
3. ¿Cuál será el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva después de la aplicación de la sesión educativa?

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de la sesión educativa impartida por la enfermera sobre lactancia materna exclusiva en el incremento de conocimiento de madres de los recién nacidos en el Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el nivel de conocimientos de las madres de los recién nacidos en lactancia materna exclusiva antes de la aplicación de la sesión educativa

2. Aplicar la sesión educativa en lactancia materna exclusiva a madres puérperas.
3. Identificar el nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva después de la aplicación de la sesión educativa.

1. 4 HIPOTESIS

H1: Las madres que participen de la intervención educativa incrementarán sus conocimientos acerca de los conceptos básicos, duración, inicio, frecuencia, extracción, importancia y técnica.

Ho: Las madres que participen de la intervención educativa no incrementarán sus conocimientos acerca de los conceptos básicos, duración, inicio, frecuencia, extracción, importancia y técnica.

1.5 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE. Incremento de conocimientos

VARIABLE INDEPENDIENTE. Sesión educativa sobre lactancia materna exclusiva impartida por la Enfermera.

1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta algunos términos a fin de facilitar su comprensión. Así tenemos que:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA

Es la información que refiere poseer la madre del bebe sobre lactancia materna exclusiva, conceptos básicos, duración, inicio, frecuencia, extracción, importancia y técnica.

EFFECTIVIDAD DE LA SESIÓN EDUCATIVA "Lactancia materna exclusiva " Para evaluar el conocimiento de la lactancia materna luego de su participación en una sesión educativa la que será evaluada a través de un cuestionario en la que se incluirá cada uno de los componentes de la sesión educativa.

1.6 JUSTIFICACION

La alimentación con leche materna es un derecho que tiene todo los niños, al cual se suman al crecer en su entorno saludable y acogedor para protegerlos de las enfermedades promoviendo su crecimiento y desarrollo normal, sin embargo hace muchos años atrás la lactancia materna declinó debido a muchos factores (la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, falta de actualización del personal de salud, institucionalización de partos incremento de cesáreas, cambios en la alimentación infantil, publicidad indiscriminada de los sucedáneos, etc) lo que originó el incremento de la desnutrición crónica infantil y por ende la mortalidad infantil en el mundo.

Desde épocas remotas, durante miles de años, la lactancia natural era un requisito para la supervivencia de un niño en el período crítico de la infancia. La leche materna, llamada también sangre blanca, se denomina alimentación natural porque es la normal para el niño y la que le ofrece la naturaleza. La leche materna está siempre disponible, no cuesta nada y está limpia y tibia, sin tener que prepararla en la cocina cada vez que el bebé tenga hambre.

Se define como lactancia materna exclusiva a la alimentación de la criatura solamente por medio de la leche materna en el período de la vida en que mama el niño. La lactancia materna se remonta a los orígenes de la humanidad, pero aún hoy sigue constituyendo un tema de gran importancia y prioridad en los últimos tiempos, no sólo por tratarse de un acto fisiológico instintivo, biológico y natural, específico de los mamíferos de cada especie, sino por el valor de su contenido proteico, de carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y componentes antimicrobianos, que protegen la flora intestinal, y por su aporte adecuado de

agua, sobre todo para el menor de 4 meses. La evidencia científica acumulada en años recientes avala la superioridad nutricional de la leche materna, debido a que cuenta con especificidad de nutrientes, máxima biodisponibilidad, aporte de células vivas: linfocitos y macrófagos, enzimas digestivas, inmunomoduladores, factores de crecimiento y receptores análogos para la alimentación del recién nacido y lactante.

La leche materna le transfiere al niño una serie de anticuerpos que éste aún no es capaz de producir. Así, un niño que no recibe leche de su madre posee una inmunidad menos efectiva, por lo que se enferma más (diarreas, otitis, bronquiolitis, dermatitis)

La primera leche después del nacimiento recibe el nombre de "calostro" cuyo color es amarillento, espeso, rico en proteínas, vitamina A y sustancias inmunológicas importantes para protegerlos contra las infecciones. El calostro es la leche más apropiada para el recién nacido porque protege la mucosa intestinal con inmunoglobulina A impidiendo así la implantación de gérmenes patógenos. En los países del tercer mundo, no todos tienen acceso a tales opciones. En la actualidad, en las naciones donde existe mayor pobreza, es decir, en el mundo subdesarrollado la imposibilidad de lactar de una madre puede condenar a muerte a su hijo

El uso y desuso de la lactancia materna ha sido tema de contradicción desde épocas anteriores, se han encontrado biberones de barro en tumbas de niños romanos, lo que indica que desde muchos años atrás se intentó la búsqueda de alimentación artificial. En el Siglo XIX producto de la Revolución Industrial de Occidente la economía se transformó. La adquisición de un salario constituyó la forma fundamental de subsistencia para las familias, lo que significó que muchas madres con niños pequeños tuvieran que trabajar lejos de sus hogares.

Desde las primeras llamadas de alerta en 1974 y 1978 de la Asamblea Mundial de la Salud, en las últimas tres décadas las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna son reconocidas como un **problema de salud pública** y diversos organismos internacionales han publicado recomendaciones y planes de acción dirigidas a la solución del misma.

En nuestro país se promueve grandemente la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño por cuanto se ha demostrado que es una forma de alimentación ventajosa para garantizar la salud del infante. La lactancia es la alimentación óptima del recién nacido

1.7 UTILIDAD Y CONVENIENCIA PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA

- a. Los resultados de la investigación pueden servir de referencia y motivación para la réplica de estudios similares en otros sectores.
1. Si la intervención resultará eficaz, podría recomendarse su incorporación en los Programas de Salud materno-infantil promoviendo así la disminución de la desnutrición crónica infantil y por ende la mortalidad

1.8 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA

El estudio de este problema es políticamente viable, por la importancia que tiene el fomento de la lactancia materna exclusiva en la reducción de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas y la disminución de la desnutrición crónica infantil.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

,**HERNANDEZ ACOSTA, Eveline Heyde** (2012) en Lima realizó un estudio sobre “Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de las madres adultas jóvenes primíparas acerca de la lactancia materna en el consultorio de Crecimiento y desarrollo del Centro de Salud San Sebastian” el método utilizado fue con enfoque cuantitativo prospectivo longitudinal. Llegando a la siguiente conclusión:

La intervención educativa fue efectiva debido a que antes de la intervención prevalecía el nivel de conocimientos medio y bajo en un 64% y 24% respectivamente. Después de realizada la intervención educativa, los conocimientos incrementaron a un 80% correspondiente a un nivel alto. La prueba t de student indica que hay diferencias significativas entre las notas del pre test con una media (promedio) de 7.72 y las del post test con una media de 22.84. Siendo el puntaje total de 25 (gl = 24, P = 0.000). La hipótesis de investigación planteada se acepta por haber alcanzado cambios significativos en el nivel.

BALZA MEJIA, Marlene (2008) en su tesis titulado “Diseño aplicación y evaluación de un programa educativo dirigido a adolescentes, embarazadas sobre los cuidados del recién nacido en consulta prenatal Barquizimato. El estudio fue el

método cuasi experimental longitudinal y prospectivo. Llega a la siguiente conclusión:

Una vez aplicado el programa con 25 participantes de la muestra entre 17 y 19 años el 76% se ubicó el nivel bueno seguido de regular con 24% demostrando así la eficacia del programa educativo impartido, asimismo el estudio sirve para hacer las recomendaciones a todo personal de salud de estar sensibilizados y actualizados sobre el tema de lactancia materna exclusiva lo cual ayudará a disminuir la mortalidad materna en el mundo.

TOBAR VARGAS, Luisa Fernanda (2010) en Bogotá, realizó un estudio “Efecto de educación alimentaria y nutricional de los conocimientos y prácticas de la lactancia materna en mujeres gestantes y madres lactantes pertenecientes al programa FAM de la asociación Santa Sofía junio 2010” aplicando un proyecto, modelo analítico y causal.

La educación alimentaria y nutricional se ha convertido en una estrategia de formación utilizada por los programas y políticas gubernamentales, se ve influenciado negativamente con las estrategias empleadas para educar a la población y se encontró que no existe una gran congruencia entre la teoría y práctica por lo que se puede concluir que el alcance del programa es conveniente a medida que existe concientización, se recuerda que al cuestionario aplicada a las 36 beneficiarias se asignó un criterio de clasificación entre el 86 y 100% deseable, entre 65 y 85% aceptable y menor a 65% inadecuado.

GONZALES HOYOS, Dolly Magnolia (2008) en Colombia realizó un estudio “Vocación, Evocación e invocación del fenómeno de lactancia materna” estudio descriptivo, longitudinal, en el cual este estudio intento hallar en las ciencias sociales a partir de una perspectiva fenomenológica criterios que permiten

discernir dentro del conocimiento que se tiene en torno a la lactancia materna, métodos que acercan posiciones subjetivas poniendo en la realidad el objeto de estudio, en segundo momento se halló lo representativo, y su correlación con la política, respondiendo a la expectativa que mejorará las expectativas de supervivencia.

CANALES HUAPAYA, Omar Oswaldo (2010) en Perú, en su Tesis titulado “Efectividad de la sesión educativa aprendiendo a preparar loncheras Nutritivas en el incremento de conocimientos de madres de preescolares en la Institución educativa San José el Agustino. Llegando a la siguiente conclusión: El programa educativo implementado actualmente en el MSPAS, específicamente en el PEC, cubre temas que son pertinentes para contribuir a la problemática encontrada en la mayoría de las comunidades por el personal que trabaja en estas; Sin embargo carece reconocimiento y continuidad, lo que desmotiva al personal que lo reciben según la investigación realizada, las educadoras no cuentan con material didáctico Para la réplica de las sesiones educativas en las comunidades donde intervienen, lo que dificulta la estandarización del proceso. Las características indispensables en el perfil de ingreso de educadoras. Sensibilización hacia las necesidades de la población, compromiso social, comprometidas con el trabajo de campo, facilidad en la interacción con las personas

GUERRA DOMINGUEZ, Electra (2003) en Cuba, realizó un estudio sobre “Influencia de la estrategia educativa en cambio de actitudes de la madre en lactancia materna en el Hospital de Cuba el cual llegó a la siguiente conclusión: La lactancia materna es la alimentación con la leche de la madre. Se realizó estudio de intervención a 302 embarazadas del Policlínico "Jimmy Hirzel", de la ciudad de Bayamo, Cuba, cuyos embarazos fueron captados con el objetivo de

determinar conocimientos, actitudes, motivaciones y prácticas sobre lactancia materna vinculados a una estrategia educativa, se aplicó una estrategia educativa y se evaluaron los conocimientos, motivaciones y actitudes comparativamente con resultados iniciales, finalmente se determinó la duración de la lactancia materna exclusiva. Se aplicó prueba de Chi cuadrado para muestras relacionadas con nivel de significación ($\alpha=0.05$). Se concluyó que: antes de la intervención, predominaron las embarazadas con evaluación de regular (137), el 33,1 % gestantes tenían poca motivación para amamantar, el 28.5 % mantenían una actitud indiferente hacia la lactancia. Después de la intervención, el 100% había adquirido buenos conocimientos, una adecuada actitud y gran motivación acerca de la lactancia materna. Al determinar la duración de la lactancia materna exclusiva, el 100 % de las madres lograron amamantar hasta los 3 meses, el 95.36%, hasta los 4; el 92.72%, hasta los 5 y el 90.07 % hasta los 6 meses.

2.2 BASES TEORICAS

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita el recién nacido en su primer semestre de vida. Lo protege contra enfermedades infantiles comunes, como la diarrea y la neumonía, y puede producir también efectos beneficiosos a más largo plazo, como la disminución de los valores medios de tensión arterial y colesterol y la reducción de la prevalencia de obesidad y de diabetes de tipo 2.

La **lactancia materna** es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre. La leche, justamente, es un alimento de características únicas que permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo.

En concreto, podemos determinar que existen dos tipos claros de lactancia materna. Así, por un lado, está la lactancia materna exclusiva que es aquella en la que el lactante sólo se alimenta de la leche extraída de su madre, exceptuando jarabes o gotas que tenga que tomar por cuestiones médicas.

Por otro lado, nos encontramos con la llamada lactancia materna predominante. En este caso concreto, el bebe el principal alimento que ingiere es el de la citada leche que procede de su nodriza o de su madre. Sin embargo, también toma jarabes, vitaminas o diverso tipo de líquidos tales como zumos, agua o incluso infusiones.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** considera que la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable. Una vez superada dicha etapa, la lactancia materna debe mantenerse, junto a la introducción de **alimentación complementaria** en forma progresiva.

La OMS agrega que la lactancia materna debería desarrollarse hasta, más allá de los 2 años de vida. Incluso, si la madre y el niño lo deciden, podría continuarse **sin límite de tiempo**. Se han registrado casos donde la lactancia materna se mantuvo hasta los nueve años de edad.

Diversos estudios han demostrado, a partir del año, que la leche materna se vuelve **más rica en grasas y otros nutrientes**, lo que permite complementar una **dieta** cada vez más diversificada de los niños a partir de dicha edad.

Muchos son los beneficios que trae consigo la lactancia materna para el bebé, de ahí que, salvo excepciones, se apueste de manera contundente porque la progenitora alimente a aquel de esa manera. En este sentido, entre las principales ventajas se encuentran el que dicha leche es rica en hierro, cuenta con la

composición ideal para la criatura, el pequeño que se alimenta con aquella sufre menos estreñimiento y además la puede digerir muy bien.

Y todo ello sin olvidar tampoco que además con la ingesta de dicha leche materna se protege al bebé de cuestiones tales como la muerte súbita, de infecciones de diversa índole ya que aquella es rica en las defensas llamadas inmunoglobulinas y de enfermedades futuras. Entre estas últimas habría que destacar la diabetes, el asma, la obesidad, la alergia o la arterioesclerosis.

Asimismo entre los beneficios que aporta este tipo de lactancia se encuentran los que van en favor de la madre como es el caso de que se la protege de la osteoporosis o de que se fortalece el vínculo con su hijo.

El **herpes simple** en el pezón, el **SIDA** y la **galactosemia** en el bebé son alguno de los pocos motivos existentes por los cuales los médicos recomiendan suspender la lactancia materna, que incluso es compatible con numerosos medicamentos e intervenciones.

Por otra parte, la lactancia materna puede continuarse aún durante un nuevo embarazo, sin que exista ningún riesgo para el feto. Si la madre lo desea, puede amamantar a sus dos hijos de edades diferentes de forma simultánea. Esta situación es conocida como **lactancia en tándem**.

En 1982, el Perú fue el primer país en Latinoamérica en adoptar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, con fuerza de ley, en el primer Reglamento de Alimentación Infantil (DS N° 020-82).

POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA

La leche humana es un sistema de soporte especializado, sofisticado y complejo que le proporciona nutrición, protección e información al lactante humano, como lo dice S. Buescher.

Composición de la leche humana

La composición de la leche humana varía constantemente, dentro de ciertos límites, para adaptarse a las necesidades del lactante, las que cubre perfectamente.

La leche materna contiene el 87.6% de agua. Las proteínas son específicas de la especie. Comprende proteínas del suero y caseína, proteínas anti infecciosas (lisozima, lactoferrina), enzimas, factores de crecimiento y hormonas. Las proteínas de la leche humana son fácilmente digeribles y proveen todos los aminoácidos esenciales, incluyendo la taurina que es considerado esencial para el recién nacido, pues es un neurotransmisor y neuromodulador. El nitrógeno no proteico comprende carnitina, nucleótidos, ácidos nucleicos, aminoácidos libres, amino-azúcares, poliaminas, úrea, creatina, creatinina. La carnitina es esencial para utilizar los ácidos grasos como fuente alternativa de energía para el cerebro, en la adaptación del recién nacido.

La grasa es el componente más variable de la leche materna, es la principal fuente de energía y comprende principalmente triglicéridos. El 88% de la grasa está constituida por ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPI-CL), principalmente, omega-3 y omega-6, que son ácidos grasos esenciales, entre los cuales están los ácidos araquidónico y docosahexanoico, que se asocian a mejor desarrollo visual y cognoscitivo. Otros componentes de la grasa son fosfolípidos y colesterol.

El principal carbohidrato es la lactosa, se encuentra en una concentración de 7 g/dl en la leche madura, ayuda a la absorción del calcio y del hierro, proporciona energía para el crecimiento y evita la proliferación de microorganismos en el intestino. Otros carbohidratos en la leche son los oligosacáridos, cuya función es principalmente protectora. La leche materna contiene todos los minerales y las vitaminas necesarios para cubrir los requerimientos del lactante además la

lactancia proporciona protección a través de factores inmunológicos como inmunoglobulinas, principalmente inmunoglobulina A secretoria, lactoferrina, lisozima, oligosacáridos, así como, factores celulares, como macrófagos, linfocitos y neutrófilos. La leche humana es también antiinflamatoria y antioxidante.

Variaciones normales de la composición de la leche materna

La composición de la leche varía para adaptarse a las necesidades del bebé. Se distinguen, según la etapa de producción:

Calostro: Es la leche que se produce desde el embarazo hasta los primeros días del nacimiento. Especialmente rica en factores inmunológicos.

Leche de transición: La que se produce después del calostro, hasta los 10 ó 14 días del parto.

Leche Madura: Es la leche que se produce hasta el final de la lactancia.

En relación con el momento de la mamada, se distinguen, la **leche inicial**, con mayor proporción de agua, proteínas y lactosa y la **leche final**, más rica en grasas.

La **leche de pre-término** también tiene diferente composición las primeras 3 a 4 semanas, para adaptarse a las necesidades del bebé.

Importancia de la lactancia materna

El amamantamiento es importante para la salud a corto y a largo plazo de los niños y de las mujeres. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche materna son importantes. El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y el desarrollo físico y emocional del niño. La madre disfruta de la lactancia, mejora su autoestima y disminuye su riesgo de cáncer de mama, ovario y de osteoporosis. La leche materna proporciona los nutrientes ideales para el niño y lo protege de infecciones y muerte, así como de algunas enfermedades a largo plazo. Además tiene componentes irremplazables como es

la caseína, taurina, carnitina, hormonas y lipasa todos ellos importantes para el desarrollo cerebral, y favorece la digestión y absorción de grasas

Los riesgos de no amamantar

Los niños que toman fórmula están en mayor riesgo de enfermar y de morir, principalmente de enfermedades infecciosas, pero también tiene mayor riesgo de obesidad o desnutrición y de enfermedades a largo plazo, así como un menor rendimiento intelectual.

Las madres que no amamantan son más propensas a presentar anemia, sobrepeso, cáncer de mama, ovarios y osteoporosis. La familia y la comunidad también se perjudican con los gastos de la alimentación artificial, los costos de la mala salud y la contaminación ambiental por los desechos de la fabricación y distribución de los sucedáneos de la leche materna.

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia, o el amamantamiento, es un proceso complejo cuyo principal objetivo es la supervivencia óptima del lactante. En la lactancia, existen dos elementos necesarios para cumplir el objetivo:

- la madre, que produce y ofrece la leche, y
- el lactante, que extrae la leche del pecho.

Durante ese proceso entran en juego estructuras anatómicas y acontecimientos fisiológicos, cuyo conocimiento es necesario para comprender las posibles dificultades y ayudar a la madre en la prevención y solución de ellas, para una lactancia exitosa, de lo contrario, la supervivencia óptima del lactante puede ponerse en riesgo.

Cómo se produce la leche materna

La primera etapa de producción de leche está bajo un control endocrino. Dos hormonas PROLACTINA Y OXITOCINA son importantes para ayudar a la producción y al flujo de leche, respectivamente.

Prolactina

Producido el parto, la salida de la placenta determina un descenso brusco de las hormonas placentarias, permitiendo la acción de la prolactina que, por estímulo de la succión del pecho, se libera del lóbulo anterior de la hipófisis, en forma pulsátil.

La prolactina es alta en las primeras 2 horas después del parto. La prolactina funciona después de que el bebé ha lactado, para producir la leche para la siguiente mamada.

La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos en la glándula mamaria. Esos receptores aumentan durante la lactancia precoz y frecuente, y luego permanecen estables. Parece haber una precoz “ventana de oportunidad” para que la succión del pecho estimule los receptores de prolactina. La acción de la prolactina provoca el aumento rápido de la producción de leche. Las multíparas tendrían una mayor cantidad de receptores que las primíparas, lo que explicaría el aumento más rápido de la leche en ellas, a pesar de tener menores niveles de prolactina. La mayoría de las mujeres pueden producir más leche de la que sus bebés toman. Si una madre tiene gemelos y ambos lactan, producirá leche para los dos. Si el bebé succiona menos, los pechos producen menos leche. La prolactina es alta durante la noche, de ahí que la lactancia en la noche permite más producción de leche.

Además, la prolactina:

1. tiene un efecto relajante, haciendo que la mujer que da de lactar se sienta calmada y soñolienta.

2. demora el retorno de la ovulación, haciendo de la lactancia un método de espaciamiento de embarazos.
3. está presente en la leche, donde tendría un rol en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia y en el intercambio intestinal de líquidos y electrolitos del lactante.

Oxitocina

En respuesta a la succión del pecho, la hipófisis posterior libera oxitocina al torrente sanguíneo produciendo la contracción de las células mioepiteliales de los alveólos mamarios y el vaciamiento de estos. Este proceso se llama el reflejo de oxitocina o reflejo de eyección de la leche o de bajada. Es esencial para que el bebé obtenga leche. Puede ocurrir varias veces durante una mamada.

El reflejo de eyección, o de oxitocina, puede desencadenarse al ver, oír, tocar y aún al pensar en el bebé, sin mediar el estímulo del pezón o de la areola. La liberación de oxitocina puede inhibirse temporalmente por el miedo y otros sentimientos negativos de la madre, como dolor intenso, estrés, dudas, vergüenza o ansiedad. La nicotina y el alcohol pueden inhibir el reflejo. La forma cómo se le habla a una madre puede ayudar u obstaculizar el flujo de leche. Si se hace que ella se preocupe por su producción de leche, esta preocupación puede afectar la liberación de oxitocina. La madre puede ayudar a la oxitocina a funcionar:

- Teniendo al bebé cerca, de modo que pueda verlo, olerlo, tocarlo y responder a él, Sintiéndose a gusto con su bebé y confiada en que su leche es buena, disfrutando la lactancia, Relajándose y poniéndose cómoda para las mamadas, Extrayendo un poco de leche y estimulando suavemente el pezón,
- Si es necesario, puede pedir a alguien que le dé masajes en la zona superior de la espalda, especialmente a lo largo de ambos lados de la columna.

El personal de salud puede ayudar a la oxitocina a funcionar, escuchando a la madre, reforzando su confianza y brindándole apoyo. La oxitocina produce también contracciones uterinas durante el amamantamiento, lo que contribuye a la involución uterina en el puerperio. Esta hormona provoca además una conducta maternal en la mujer. Pronto después de que nace el bebé, la madre puede presentar signos del reflejo de oxitocina, que incluyen:

- Contracciones uterinas dolorosas (“entuetos”) a veces con un flujo de sangre,
- Sed súbita,
- Salida o goteo de leche del pecho opuesto cuando su bebé está succionando,
- Sensación de hormigueo en el pecho.

Pero, no siempre las madres tienen una sensación física, aunque su reflejo funcione, o el reflejo puede sentirse diferente, o ser menos notorio conforme pasa el tiempo. Cuando la leche se eyecta, el ritmo de succión del bebé cambia, de succiones y degluciones rápidas, a lentas y profundas, (cerca de una succión por segundo).

Contacto piel a piel y primera mamada

Cuando un recién nacido es colocado desnudo, en posición prona, sobre la madre, después del parto; aproximadamente a los 15 minutos realiza movimientos de la lengua y de la boca (reflejo de orientación o búsqueda), luego, más o menos a los 30 minutos, se lleva la mano a la boca y, a los 50-60 minutos es capaz de arrastrarse o gatear hacia el pecho materno (reflejos del Bauer, de la escalera, de la marcha automática, de la reptación), tomar el pezón y la areola dentro de la boca y succionar espontáneamente (reflejo de succión) a los 60-70 minutos.

La succión espontánea en este periodo, se relaciona con menores problemas de lactancia y un período de amamantamiento más largo. Posteriormente, algunas madres pueden tener dificultades para conseguir que el bebé tenga un buen agarre y necesitan ayuda. Mientras estén presentes los reflejos del recién nacido (durante, por lo menos, las primeras seis semanas de vida), puede ocurrir el agarre espontáneo del pecho en el contacto piel a piel y ayudar a que el bebé aprenda a mamar.

La acción de succionar y extraer la leche

Para que el recién nacido extraiga la leche, requiere un buen “agarre” del pecho que consiste en la introducción del pezón y de la areola profundamente en la boca, de tal manera que la punta del pezón alcance el paladar blando.

Para lograrlo, al estimular los labios del lactante con el pezón (o cuando el bebé huele la leche), se desencadena el reflejo de búsqueda, que produce la apertura de la boca y la ubicación de la lengua en el piso de aquella.

Una vez que el pezón toca el paladar, se produce el reflejo de succión, el niño desplaza la lengua hacia adelante, por encima de la encía inferior, y comprime la areola contra el paladar duro por medio de movimientos ondulares de la lengua, de adelante hacia atrás, extrayendo la leche de los conductos a la región posterior de la boca. Al mismo tiempo, el reflejo de oxitocina hace que la leche fluya a lo largo de los conductos. La succión estimula la liberación de hormonas intestinales que preparan al bebé para la digestión del calostro, además de provocar la liberación de prolactina. Cuando la boca se llena de leche, se desencadena el reflejo de deglución.

Siguientes mamadas

Un bebé sano mostrará ciertas señales cuando esté nuevamente con ganas de lactar: Movimientos de succión o de búsqueda

1. Sonidos de succión o sonidos suaves o suspiros
2. Movimientos de la mano hacia la boca
3. Movimientos rápidos de los ojos
4. Intranquilidad
5. Llanto

Cuando es por hambre, el llanto es un signo tardío y puede interferir con la lactancia adecuada.

PROBLEMAS DE ALIMENTAR CON BIBERÓN O SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

Un niño que no se amamanta, o inclusive el que no recibe lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, pierde muchas o todas las ventajas de la lactancia que se mencionaron antes. La alternativa más común a la lactancia natural es la alimentación con biberón, ya sea una fórmula infantil manufacturada o leche de vaca u otros líquidos. Es menos frecuente que un niño en los primeros cuatro a seis meses de vida, reciba alimentos sólidos en vez de leche materna. Algunas madres utilizan taza y cuchara en vez del biberón, para darle al bebé ya sea leche de vaca, fórmula para bebés o papilla. La alimentación con cuchara tiene algunas ventajas sobre la alimentación con biberón, pero es mucho menos satisfactoria que la lactancia.

Infección

Mientras que la leche materna es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos. La mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos. Es muy

difícil suministrar un alimento limpio y estéril, para alimentar a un niño con un biberón en las siguientes circunstancias:

1. cuando el agua que utiliza la familia se obtiene de un manantial o pozo contaminados con excrementos humanos (relativamente pocos hogares en los países en desarrollo tienen su propio suministro seguro de agua corriente);
2. cuando la higiene del hogar no es buena y el ambiente de la casa está contaminado con moscas y excrementos;
3. cuando no existe un refrigerador u otro espacio seguro para guardar la fórmula reconstituida o la leche de vaca;
4. si no existe una cocina, y cuando se necesita hervir el agua para esterilizar el biberón, alguien tiene que recoger combustible y prender el fuego;
5. cuando no hay utensilios apropiados para limpiar el biberón después de su uso y éste es de plástico deteriorado o es una botella de gaseosa prácticamente imposible de limpiar;
6. cuando la madre tiene relativamente pocos o ningún conocimiento sobre el papel de los gérmenes en la enfermedad.

Malnutrición

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Primero, como ya se mencionó, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de estirarlos usando menos cantidad

de fórmula en polvo, que la recomendada para cada comida. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: falta de crecimiento y tal vez desarrollo lento de marasmo nutricional.

Problemas económicos

Una desventaja muy importante de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia y para la nación. La leche materna se produce en todos los países, pero la fórmula láctea no. La fórmula láctea es un alimento muy costoso, y si los países la importan, tienen que gastar innecesariamente divisas externas. La elección de la lactancia materna en vez de la alimentación con biberón, por lo tanto, aporta una importante ventaja económica para las familias y para los países pobres.

La fórmula láctea es un producto mejor para un niño de un mes de edad que la leche de vaca fresca o la leche entera en polvo. La leche descremada en polvo y la leche condensada azucarada están contraindicadas. Sin embargo, la fórmula infantil es sumamente costosa en relación con los ingresos de las familias pobres de los países en desarrollo. En la India, indonesia y Kenya le costaría a una familia el 70 por ciento o más del salario promedio del trabajador para comprar cantidades adecuadas de la fórmula infantil para un bebé de cuatro meses de edad. La compra de una fórmula como sustituto de la leche materna desvía los escasos recursos monetarios de la familia y aumenta la pobreza.

Un bebé de tres a cuatro meses de edad necesita alrededor de 800 ml de leche por día o quizá 150 litros en los primeros seis a siete meses de vida. En los primeros cuatro meses de vida de un bebé de peso promedio necesitaría aproximadamente 22 kilos ó 44 latas de medio kilo de fórmula en polvo. Los

trabajadores de la salud y quienes dan asesoría sobre alimentación infantil en cualquier país, deben ir a los almacenes locales, averiguar el precio de los sustitutos de leche materna disponibles en el lugar y estimar el costo que comportaría suministrar ese producto, en cantidades adecuadas para un período determinado, por ejemplo, de uno a seis meses. Esta información se debe publicar y poner a disposición de los funcionarios gubernamentales y de los padres, y utilizarse tanto como sea posible para ilustrar las implicaciones económicas en las madres pobres que no lactan.

Para muchos países que no fabrican fórmula infantil, la disminución de la lactancia natural significa un aumento en la importación de sustitutos manufacturados de leche materna y todo lo necesario para la alimentación con biberón. Estas importaciones pueden llevar a un empeoramiento de los problemas de deuda externa que ya son graves para muchos países en desarrollo. Inclusive donde la fórmula infantil se produce localmente, la fabricación con frecuencia la controla una compañía multinacional, y las utilidades se exportan. Por lo tanto, la preservación de la lactancia materna o la reducción de la alimentación artificial es de interés económico para la mayoría de los países en desarrollo. Los economistas y los políticos pueden estar más inclinados a apoyar programas para promover la lactancia materna cuando aprecien que dichas medidas ahorrarán divisas extranjeras. Las implicaciones económicas son casi siempre de mayor interés para ellos que los argumentos sobre las ventajas de la lactancia para la salud.

PROPIEDADES Y VALOR DE LA LECHE MATERNA

Inmediatamente después de dar a luz al bebé, la madre produce calostro por ambos pechos. En pocos días, la leche «llega» y aumenta en cantidad para suplir las necesidades del niño. La producción de leche de una madre está influenciada

sobre todo por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre. La cantidad con frecuencia aumenta de alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento a 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad.

La producción puede continuar aumentando hasta 1 000 ó 1 200 ml por día. Un niño sano de cuatro meses de edad, de peso promedio y que crece normalmente, si se alimenta al pecho exclusivamente, recibirá de 700 a 850 ml de leche materna en un período de 24 horas. Al considerar que los bebés pueden comer tanto cuanto deseen, siempre tendrán suficiente leche. Esta es probablemente la única oportunidad en la vida en que una persona puede comer tanto cuanto desee y siempre que lo desee. La alimentación de acuerdo con la demanda - en cualquier momento, día o noche - es el método de lactancia que se practica tradicionalmente. Se logra mejor si la madre está feliz, relajada, confiada y libre para estar con su bebé todo el tiempo. En estas circunstancias, la madre y el niño forman lo que se ha denominado una unidad bivalente - una pareja especial.

Un litro de leche materna produce cerca de 750 kcal. La leche de vaca suministra más o menos tres veces más proteína y cuatro veces más calcio, pero tan sólo alrededor de 60 por ciento de los carbohidratos presentes en la leche materna humana. Casi todos los estudios indican con claridad que los nutrientes que hay en la leche de una madre sana y bien nutrida, satisfacen todas las necesidades nutricionales del niño si consume suficiente leche. Aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es suficiente y bien absorbido lo que evita la anemia durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La leche de vaca tiene inclusive menor contenido de hierro y el bebé no lo absorbe muy bien, por lo tanto, los

niños alimentados con leche de vaca quizá desarrollen anemia por carencia de hierro.

La leche materna varía poco entre personas y quizá en menor grado en varias partes del mundo. Además, es distinta al principio y al final de cada comida. La denominada primera leche es más diluida y contiene menos grasa, en comparación con la leche de la última parte de la comida, que es algo más espesa y de apariencia más blanca y con mayor densidad de energía debido a que contiene más grasa.

CUADRO 7

Comparación del contenido de nutrientes de leche humana y leche de vaca en 100 g

Tipo de leche	Energía (kcal.)	Carbohidrato (g)	Proteína (g)	Grasa (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Vitamina A (µg)	Folato (µg)	Vitamina C (mg)
Leche humana	70	7,0	1,03	4,6	30	0,02	48	5	5
Leche de vaca (entera)	61	5,4	3,3	3,3	119	0,05	31	5	1

De particular importancia es la presencia en el calostro y en la leche materna de factores anti infecciosa (que no se encuentran presentes en la fórmula para bebés). Estos incluyen:

1. Algunos anticuerpos e inmunoglobulinas que actúan en el intestino del niño y atacan a los organismos que causan enfermedades, y evitan así una infección en el bebé;
2. Células vivas, sobre todo glóbulos blancos, que pueden producir sustancias importantes como interferón (que pueden combatir los virus), inmunoglobulina A, lactoferrina y lisosomas;
3. Otros factores, como el factor bífido que ayuda a ciertas bacterias amigas, como los lactobacilos, a crecer y proliferar en el intestino del niño, donde

ayudan a garantizar un entorno ácido (por el ácido láctico) que es desfavorable para el crecimiento de organismos patógenos.

En términos simples, la leche materna contribuye a que el intestino del bebé sea un medio adverso y hostil para los organismos causantes de enfermedad. Las heces de un niño amamantado difieren en su aspecto de las de un niño que se alimenta con fórmula.

La ciencia y la industria se han unido para producir sustitutos de la leche humana con la intención de imitarla en términos de la cantidad de nutrientes que hay en la leche materna. Estos productos, que con frecuencia se denominan fórmulas infantiles, son la mejor alternativa de la leche materna para los bebés que no pueden ser amamantados. Todas las fórmulas para bebés se basan en leche de mamíferos, por lo general leche de vaca. Aunque las fórmulas infantiles pueden ser la mejor alternativa para la leche humana, no son lo mismo. Incluyen los nutrientes conocidos que el niño necesita, pero quizá no tiene los nutrientes que aún no han sido identificados; en este caso, no es posible saber qué le falta al niño que recibe biberón. En efecto, en algunos aspectos las fórmulas infantiles son tan distintas de la leche humana, que pueden ser no aptas y peor aún, peligrosas. Las leches manufacturadas no tienen las propiedades anti infecciosas y las células vivas que se encuentran en la leche humana. Los productos manufacturados pueden ocasionarle al niño problemas de salud que nunca serían causados por la leche humana.

La leche materna, particularmente debido a la inmunoglobulina que contiene, parece proteger a los bebés contra las alergias. En contraste, la leche no humana y las proteínas de vaca presentes en los sustitutos de la leche materna, al igual que otras sustancias que contienen las fórmulas infantiles durante su fabricación, pueden provocar alergias. La consecuencia más grave en niños alimentados con

fórmula es una mayor tasa de eczema, otras alergias, cólicos y el síndrome de muerte infantil repentina (SMIR), con respecto a niños que reciben leche materna. Asimismo, además de todo lo anterior, los productos manufacturados son muy costosos.

CALOSTRO

El calostro es el líquido amarillo o color paja que producen los pechos en los días posteriores al nacimiento del bebé. El calostro es altamente nutritivo y rico en propiedades anti infecciosas. Podría decirse que las células vivas, inmunoglobulinas y anticuerpos del calostro constituyen la primera inmunización para el niño.

En casi todas las sociedades, el calostro se considera distinto de la leche materna debido a su color y a su consistencia cremosa, pero no siempre se reconoce el enorme valor para el niño. En muchas partes del mundo las madres no lactan el calostro a sus bebés; esperan hasta que los pechos secreten la leche blanca. Algunas madres (y abuelas) creen que en los primeros días después del parto el niño recién nacido debe recibir otros líquidos o alimentos, por ejemplo, té en la India, jamus (pociones medicinales tradicionales) en Indonesia y agua con azúcar o glucosa en muchos hospitales occidentales. Estos alimentos no son necesarios y en realidad están contraindicados. El niño al nacer tiene una cantidad adecuada de agua y líquidos corporales y suficientes nutrientes, de manera que la única alimentación requerida es el calostro y luego la leche materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

CÓMO SE PRODUCE LA LECHE MATERNA

La leche en los pechos se produce en un gran número de estructuras tipo bolsas denominadas los alvéolos y luego los canales lácteos la llevan al pezón. El pezón tiene nervios y es sensible al estímulo. Alrededor del pezón existe un área circular

pigmentada que se denomina la areola, debajo de la cual se encuentran las glándulas que producen aceite para mantener sanos la superficie del pezón y la areola. La producción de leche es influenciada por hormonas, en particular la prolactina y la oxitocina, y por reflejos.

Mitos sobre la leche materna

Mito: La leche materna varía de una persona a otra. Existe una creencia ampliamente sostenida que la composición de la leche materna varía mucho. Esto no es así. La leche materna humana tiene una composición casi constante.

Mito: La leche en un pecho es distinta de la leche del otro pecho.

En contra de algunas creencias, la leche de ambos pechos tiene la misma composición.

Mito: La leche materna se fermenta en los pechos con el calor.

Cuando la leche materna se encuentra en los pechos está perfectamente a salvo.

Mito: La leche materna se puede dañar en los pechos.

Como no se fermenta en los pechos, la leche materna no se daña de ninguna otra manera.

La succión del pezón por el niño estimula la glándula pituitaria anterior en el cerebro para producir prolactina, que influye sobre los alvéolos para secretar leche. Este mecanismo algunas veces se denomina «reflejo de secreción de leche».

La succión también estimula a la glándula pituitaria posterior para liberar en la sangre la hormona oxitocina. Ésta se desplaza a los pechos y causa contracciones en los alvéolos y los canales para permitir la salida de la leche. Este efecto de la oxitocina con frecuencia se llama «reflejo de descarga». La oxitocina también tiene otra acción estimulante sobre el músculo uterino para que se contraiga inmediatamente después del parto. Estas contracciones uterinas

sirven para reducir la hemorragia. También ayudan a devolver el tono muscular, eliminan el aspecto de embarazo y brindan de nuevo a la madre la forma que no había observado durante tanto tiempo.

TENDENCIAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS

El porcentaje de madres que lactan a sus niños y la duración de la lactancia varían entre los países y dentro de ellos. Los científicos consideran que la lactancia exclusiva o casi exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y luego mantenida durante varios meses mientras se introducen otros alimentos, brinda una óptima alimentación al niño. Este ideal, sin embargo, no existe en ningún país, en el Norte o en el Sur.

Casi todas las madres en las sociedades tradicionales, sobre todo en áreas campesinas en los países en desarrollo, todavía lactan a todos sus hijos durante un período prolongado. Pocas, sin embargo, practican exclusivamente la lactancia, y muchas no les suministran calostro a sus bebés.

En contraste, muchas madres en Europa y América del Norte no lactan a sus hijos. La tendencia a no amamantar fue más notoria en las décadas de 1950 y 1960, cuando menos del 15 por ciento de los bebés americanos de dos meses de edad eran amamantados. Durante aquellos años se informó una marcada declinación en la lactancia en algunos países de Asia y América Latina. A mediados de la década de 1990, hubo un modesto resurgimiento de la lactancia en los países industrializados del Norte, en particular entre las madres mejor educadas. En los países pobres de Asia, África y de América Latina, las tasas de lactancia son con frecuencia menores en las áreas urbanas y más altas en las áreas rurales, donde las personas tienen menos educación.

Existen muchas razones para disminuir la lactancia o para el uso innecesario de sustitutos de la leche materna, y los motivos varían de país a país. La promoción

activa por parte de los fabricantes de los sustitutos de leche materna es una causa. Las prácticas promocionales se han regulado ahora en muchos países, pero los fabricantes evitan los códigos de conducta aceptados y promueven sus productos, aunque tales prácticas puedan contribuir a la morbilidad infantil.

Las acciones por parte de la profesión médica también han contribuido a la reducción en la lactancia. En general, los sistemas de atención de salud en la mayoría de los países no han apoyado de modo adecuado la lactancia. Incluso, en muchos países en desarrollo los médicos y otros profesionales de la salud han tenido una participación negativa y han contribuido a reducir los niveles de lactancia. Esta situación está cambiando, pero muchos profesionales de la salud son todavía relativamente ignorantes sobre el tema.

La lactancia con frecuencia declina cuando las mujeres rurales se van a las áreas urbanas donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización. Las mujeres que trabajan en fábricas y oficinas pueden llegar a creer que no pueden combinar su empleo con la lactancia, y las condiciones y leyes laborales pueden además dificultar que la mujer pueda tener un trabajo y alimentar a su bebé.

Los libros y revistas, así como los medios de comunicación (sobre todo la TV) y los fabricantes y anuncios de ropa para mujer, destacan los pechos. Como el pecho se puede llegar a considerar como un símbolo sexual dominante, las mujeres pueden entonces no desear amamantar a sus bebés en público, o pueden falsamente llegar a creer que la lactancia deteriorará la apariencia de los pechos. Asimismo, se puede desarrollar la creencia que es mejor y más elegante, alimentar al bebé con biberón. La lactancia se puede considerar como una práctica primitiva, y la alimentación con biberón puede llegar a ser un símbolo de

status social. Como resultado, en muchas áreas del mundo, la lactancia está en declinación a pesar de todos los esfuerzos recientes en su favor.

Las prácticas tradicionales de lactancia no coinciden con las demandas de las sociedades modernas donde las mujeres tienen que estar ausentes de sus hogares y de sus niños durante períodos prolongados, por lo general para trabajar. Aunque la legislación laboral en algunos países establece descansos para la lactancia por parte de sus trabajadoras, la distancia del hogar y los problemas de transporte hacen poco práctico que las madres aprovechen estos descansos. Por lo tanto, aunque puede ser posible que una madre lacte a su bebé cuando se encuentran juntos (generalmente en casa), cuando están separados, el bebé debe recibir alimentación por biberón con fórmula infantil. La madre podría además extraer su propia leche y dejarla para que alguien alimente en su ausencia al bebé con un biberón o una taza y una cuchara, pero en la práctica pocas mujeres lo hacen. Algunas consideran que sacar la leche con un extractor es incómodo (aunque es muy fácil una vez que se aprende la técnica) o desagradable y muy pocas se preocupan por almacenar la leche materna en forma segura.

Suministrar a los bebés sustitutos de leche materna en una edad temprana es peligroso incluso cuando la lactancia continúa. El reemplazo innecesario parcial y temprano de la leche materna con sustitutos de fórmulas o de biberones, introduce riesgos y algunas veces problemas serios para el niño, la madre y la familia.

CONDUCCIÓN DE LA LACTANCIA

Si es posible, la lactancia se debe iniciar unos minutos después del parto (o ciertamente dentro de un término de una hora). Esta succión temprana tiene ventajas fisiológicas debido a que eleva los niveles de la hormona oxitocina

secretada en la sangre de la madre. Como se describió antes, la oxitocina estimula las contracciones uterinas que primero ayudan a expeler la placenta y en segundo lugar tienen una importante función en la reducción de la pérdida sanguínea.

Después del parto la madre y su bebé deben estar juntos en cama, en casa o en la sala del hospital (Foto 9). En el pasado se consideraba normal en los hospitales modernos llevar al bebé a una sala especial para los niños y a la madre a una sala de maternidad, pero esta práctica es altamente indeseable. Si la práctica habitual del hospital de «colocarlos juntos» no se realiza es necesario cambiar los procedimientos. Es absolutamente seguro para el bebé dormir en la misma cama con la madre. Hay muy pocas contraindicaciones (salvo grave enfermedad de la madre o del niño) para que puedan estar juntos en la habitación o el niño pueda ser amamantado. La alimentación de acuerdo con la demanda estimula el pezón y promueve la producción de leche y ayuda a evitar la congestión de los pechos.

La duración de la alimentación variará y en general no se debe limitar. Por lo general un bebé se alimenta de 8 a 12 minutos, pero algunos comen más rápido o más despacio, y ambos tipos casi siempre reciben una cantidad adecuada de leche. Algunas madres creen que la leche del pecho izquierdo es diferente de la del derecho, pero esto no es así; el niño se debe alimentar de ambos pechos, más o menos en forma igual.

En los primeros días de vida, los bebés casi siempre pierden peso, de manera que un bebé que nació con 3 kilos puede pesar 2,75 kg a los cinco días de edad. Una pérdida de hasta un 10 por ciento no es rara, pero alrededor de los siete a diez días el bebé debe recuperar o superar el peso con que nació.

Casi todos los expertos ahora están de acuerdo en que se debe amamantar al niño exclusivamente durante los primeros cuatro a seis meses. Un aumento

adecuado de peso es la mejor forma de juzgar lo correcto de la dieta. No se necesita agua, jugos u otros líquidos para un bebé que recibe leche materna adecuada, inclusive en las áreas calientes, húmedas o áridas, de los trópicos; el bebé simplemente se alimentará con más frecuencia si tiene sed. Si el bebé tiene diarrea se debe continuar la lactancia, pero se pueden necesitar otros líquidos como soluciones de rehidratación oral o preparaciones locales.

La experiencia en los países de África oriental, Asia y América Latina, sugiere que casi todas las madres que viven en familias grandes y en sociedades tradicionales son muy exitosas, con frecuencia muy expertas lactantes, y no es común el fracaso en la lactancia. La vida en la familia tradicional es sin duda de gran importancia para la lactante principiante. Otras mujeres de la familia le brindan el apoyo y comodidad - sobre todo si hay dificultades - por el contrario las madres en Europa y América del Norte tienen que buscar organizaciones como la Liga de la leche.

En las clínicas, se desperdicia el tiempo en lecciones sobre ideas de libros de texto occidentales con respecto a la lactancia, incluyendo la insistencia en los eructos, el tiempo de la alimentación o el lavado frecuente de los pezones. Este énfasis en normas y regulaciones en vez de relajación y placer, no es bueno para nadie en ninguna parte. Se ha sabido que tiene graves efectos psicológicos, y el resultado a menudo es el fracaso de la lactancia. La baja tasa de madres lactantes exitosas en América del Norte y Europa occidental es una indicación de lo inadecuado del estilo occidental de lactancia, excepto en Escandinavia.

La lactancia no debe ser un procedimiento complicado y difícil. Debe ser algo agradable para ambos, madre e hijo, y puede llegar a serlo si se dan las circunstancias correctas de seguridad, apoyo y aliento. En todas las sociedades algunas mujeres tienen problemas con la lactancia, pero muchos de esos

problemas se pueden solucionar o disminuir. Es importante que las madres tengan un fácil acceso a una buena asesoría y apoyo. Muchos libros que tratan sobre la lactancia y problemas relacionados con ella, se encuentran disponibles, y se deben consultar.

Los problemas frecuentes de la lactancia incluyen:

1. pezones invertidos o cortos, o pezones que no parecen ser muy protráctiles;
2. pezones que son tan largos que interfieren con la alimentación, porque algunos bebés succionan únicamente el pezón y no la areola;
3. rechazo a la alimentación, que necesita ser verificado en caso de un bebé enfermo, o que tenga un problema en la boca, como paladar hendido;
4. inflamación de los pechos, que se puede deber a pezones agrietados, por mastitis o por abscesos que exigen antibióticos y un buen cuidado médico;
5. la denominada insuficiencia de leche, que se trata a continuación;
6. goteo de los pechos, que aunque puede causar vergüenza y es generalmente limitada, se puede controlar si se extrae la leche y se usa un paño absorbente para evitar que se moje la ropa.

PROBLEMAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Muy pocas madres - menos de 3 por ciento - experimentan una falla completa o casi completa de la lactancia. Si la madre tiene serias dificultades y busca ayuda porque realmente desea amamantar a su hijo, entonces pueden ser necesarios algunos métodos más drásticos. La madre puede necesitar hospitalización en una sala donde otras mujeres estén lactando con éxito. Se le debe examinar a ella y a su niño para verificar si hay algún motivo físico para la incapacidad de

amamantar. La madre debe recibir suficientes líquidos, incluso leche. Estos son principalmente inducción psicológica enfocada a promover la lactancia. En algunas sociedades los alimentos o bebidas locales se consideran como lactógenos, o sea sustancias que estimulan la producción de leche materna. No existe daño alguno en utilizar estas sustancias. Un médico experimentado o un trabajador de la salud experto puede aconsejar una o dos drogas que a veces son efectivas para mejorar o estimular la producción de leche: el tranquilizante clorpromazina, 25 mg tres veces al día por vía oral, o la novedosa droga metoclopramida, 10 mg tres veces al día.

En general, la base importante para el tratamiento es ayudar a la madre a relajarse, apoyarla para que el niño succione del pecho y asegurarse que, aunque se confía en el pecho, el niño no esté perdiendo peso. El dilema es que mientras el niño succione más el pecho, mayor es el estímulo para la producción y el descenso de la leche; mientras más alimentos suplementarios se den, el niño tendrá menor deseo de succionar.

Si la lactancia sigue sin éxito en un niño de hasta tres meses de edad, la madre debe aprender a alimentarlo con fórmula o leche para bebé, ya sea con una taza y cuchara o un vaso apropiado. Una taza y cuchara son más fáciles de mantener limpias que una botella y un chupete. Se deben encontrar algunos medios para poder suministrar a la madre una fórmula adecuada para el niño, leche fresca o leche en polvo con toda su crema si no puede comprarla, lo que puede suceder con frecuencia. El niño debe asistir a un servicio de salud con regularidad.

Este método de alimentación también se aplica al niño de una madre que fallece en el parto. Es entonces deseable hospitalizar al niño y a la mujer pariente que será responsable de alimentar al niño. Una alternativa es encontrar una pariente

lactante o amiga para que actúe como nodriza y amamante al niño. Algunas veces una amiga o pariente puede estar dispuesta a hacerlo.

La imposibilidad de la lactancia o la muerte de la madre después que el niño tiene cuatro meses de edad exigen un régimen distinto. El niño se debe alimentar con una papilla delgada del alimento básico local, al que se le deben agregar cantidades adecuadas de leche o leche en polvo. Es ventajoso suministrar algo de grasa extra en la dieta del niño. Una cantidad relativamente pequeña de maní, sésamo, semilla de algodón, palma roja o cualquier otro aceite comestible causará una mejoría notoria en el consumo de energía del niño, sin agregar demasiado volumen a la dieta. Si no se tiene disponibilidad de leche o de leche en polvo, entonces se puede emplear cualquier alimento rico en proteína, como legumbres, huevos, carne molida, pescado o pollo.

Producción insuficiente de leche

Mucho más común que la falla de la lactancia, es la creencia de una madre que ella no puede producir suficiente cantidad de leche para satisfacer a su bebé. Las madres en los países industrializados con frecuencia informan que no tienen bastante leche; quizá el bebé llora mucho o la madre opina que no crece en forma adecuada, o puede haber muchos otros motivos. En medicina esta condición se denomina «síndrome de leche insuficiente». Al comienzo, no es raro que sea una preocupación psicológica y no una condición seria, pero puede llevar con rapidez a un verdadero problema de producción de leche. Muy a menudo los médicos, enfermeras y amigos de la madre preocupada, le dan un consejo equivocado sobre su producción de leche.

En muchos estudios, sobre todo de países industrializados, se cita «leche insuficiente» como la razón más común de las madres para terminar de manera precoz la lactancia o para iniciar una rápida suplementación con otros alimentos,

en especial fórmula láctea. Es muy fácil suponer que muchas mujeres son incapaces de producir leche en buena cantidad para alimentar a sus niños pequeños. La respuesta de un médico, cuando una madre se queja de no tener leche suficiente, es a menudo la de aconsejarle suplementar la leche materna con biberón. Este es el consejo equivocado que no se debe dar.

La succión del pecho estimula la liberación de prolactina. El mantenimiento de la lactancia depende de la adecuada estimulación del pezón por el niño que succiona. Es ahora indudable que la disminución de la producción de leche materna resulta de la poca estimulación del pezón. Por lo tanto, la causa de leche insuficiente puede ser que la alimentación alternativa reemplaza con frecuencia la lactancia en diferentes grados. En consecuencia, el consejo de suministrar o aumentar el suplemento casi siempre contribuye a reducir la producción de leche materna; la alimentación suplementaria con biberón se utiliza como una cura para la leche insuficiente, cuando en realidad es la causa.

El tratamiento más apropiado para el síndrome de leche insuficiente, en una madre que desea amamantar, es aconsejarle que trate de aumentar la producción de leche si pone al niño al pecho con más frecuencia, para aumentar así el estímulo de los pezones. El consejo médico común, de dar más comidas con biberón, probablemente empeora la situación, pues genera una ulterior disminución en la producción de leche y la eventual interrupción de la lactancia. Esto no es condenar la alimentación suplementaria, sobre todo después de los seis meses de edad, pero debe ser claro que su uso casi inevitablemente contribuirá a declinar la producción de leche.

El trabajo materno lejos de casa se cita a menudo como el motivo más importante para la declinación de la lactancia. Los estudios publicados, sin embargo, rara vez citan el trabajo como un motivo serio para no iniciar la lactancia o para el destete

precoz. Con claridad, el empleo fuera de casa por más de unas cuantas horas al día implica restricciones a la oportunidad de amamantar y da una razón para la alimentación suplementaria. Puede, por lo tanto, contribuir a la producción insuficiente de leche.

Las madres que trabajan pueden continuar alimentando al pecho con éxito y mantener buenos niveles de lactación. La estimulación del pezón por medio de una succión adecuada durante el tiempo que pasan con el niño es particularmente importante. Se requieren leyes laborales y condiciones de trabajo que reconozcan las necesidades especiales de las madres lactantes en la fuerza laboral. Si la lactancia se acepta por los gobiernos y empleadores como una práctica usual y necesaria, se harán arreglos para que la madre pueda tener a su bebé cerca de ella durante los primeros seis meses de vida.

Las prácticas promocionales pasadas y presentes por parte de los fabricantes de sucedáneos de la leche materna pueden ser un factor importante que contribuye al problema de la insuficiencia de leche. Las compañías encuentran que es ventajoso influir tanto al público como a la profesión médica para que consideren que la alimentación suplementaria con biberón es la respuesta a la leche insuficiente.

La forma mejor y más fácil de juzgar si un bebé recibe suficiente leche materna o no, cuando no se suministra otro tipo de alimentación, es pesarlo con regularidad. La ganancia normal o casi normal de peso suministra la mejor prueba de una producción adecuada de leche materna.

LACTANCIA, FERTILIDAD Y ESPACIAMIENTO DE LOS NACIMIENTOS

Desde hace tiempo, la sabiduría tradicional de muchas sociedades supone que la lactancia natural reduce la posibilidad de un nuevo embarazo. Con frecuencia se considera que esta creencia es una historia de viejas. La actual evidencia

científica comprueba que la intensidad, frecuencia y duración de la lactancia tiene una relación directa con la duración de la amenorrea postparto, la anovulación y la reducción de la fertilidad. Las madres que lactan con intensidad saben que existe un período relativamente largo después del parto antes que se reinicie la menstruación. Por el contrario, el intervalo entre el parto y el comienzo de los ciclos menstruales es más corto en las madres que no lactan a sus bebés. La fisiología de este fenómeno se conoce ahora con más claridad, y se relaciona con las hormonas que se producen como resultado del estímulo del pezón por la succión.

Este conocimiento tiene importantes implicaciones en el espaciamiento de los nacimientos y la dinámica de la población. En muchos países en desarrollo, la lactancia ahora contribuye más al espaciamiento entre los hijos y a prolongar los intervalos entre los nacimientos que el uso combinado de píldoras anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU), condones, diafragmas y otros anticonceptivos modernos. Por lo tanto, se debe agregar a los tantos beneficios de la lactancia, también el control de la fertilidad.

Datos recientes de Kenya y otras partes sugieren que las mujeres que continúan lactando durante un largo período pero que además introducen alimentación con biberón en los primeros meses de vida del niño, pueden tener una amenorrea postparto más corta que las que practican la lactancia exclusiva. El uso de sucedáneos de leche materna en los primeros meses de vida disminuye la succión del pecho y asimismo los niveles de prolactina, lo que ocasiona un retorno más rápido de la ovulación y la menstruación, inclusive en madres que lactan durante un año o más. Por lo tanto, la alimentación con biberón, contribuye a un espacio más corto entre los nacimientos.

El llamado método de amenorrea lactacional en la planificación natural de la familia se utiliza amplia y exitosamente. Si una madre tiene un niño de menos de seis meses de edad, es amenorreica (no tiene sangrado vaginal desde los 56 días del postparto) y lacta exclusiva o casi totalmente a su niño, entonces se puede decir que tiene 98 por ciento de protección contra el embarazo.

PROTECCIÓN, APOYO Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL

La estrategia de un país o de una comunidad para fortalecer a las mujeres y ayudar a las madres y a sus niños en relación con el derecho a la lactancia, debe incluir tres niveles o categorías de actividad:

1. Protección de la lactancia a través de políticas, programas y actividades que protejan a las mujeres que están amamantando o planean hacerlo, contra las fuerzas que puede influir para que no lo hagan;
2. Apoyo a la lactancia mediante actividades, formales e informales, que ayuden a las mujeres a tener confianza en su capacidad para amamantar, que es importante para las mujeres con deseos de amamantar pero que tienen temores o dudas al respecto, o para las que enfrentan condiciones que hacen que la lactancia parezca difícil;
3. Promoción de la lactancia por medio de actividades diseñadas especialmente para influir a grupos de mujeres a amamantar a sus niños, cuando no se sientan inclinadas a hacerlo, o si no lo han hecho con sus bebés anteriores.

Aunque estos tres puntos de actividad son importantes, el esfuerzo relativo de cada una de ellos depende en particular de la situación de cada país. Por lo tanto, donde las prácticas tradicionales de lactancia son la norma pero las fórmulas infantiles comienzan a incursionar, las actividades de protección merecen una alta prioridad. Por el contrario, en un país donde la mayoría de las mujeres no lactan

en absoluto, los principales esfuerzos deben realizarse con relación a la promoción. Para utilizar una analogía de salud, se puede decir que la protección y el apoyo son medidas preventivas, y la promoción es un enfoque curativo.

La protección de la lactancia se dirige a favorecer a las mujeres que normalmente amamantarían con éxito, contra las fuerzas que les pueden alterar esta práctica. Todas las acciones que previenen o reducen la promoción de los sucedáneos de la leche materna, los biberones para bebés y los chupetes tendrán este efecto. Un código fuerte, que se aplique y vigile en forma adecuada, ayudará a proteger la lactancia. Es necesario reducir las diversas formas de promoción de las fórmulas lácteas, incluyendo la promoción dirigida a los profesionales de la salud; la distribución de muestras, calendarios y materiales promocionales; y visitas a los hospitales por parte de visitadores de los fabricantes. Pueden ser necesarias medidas legislativas para acabar con estas prácticas. En Papua Nueva Guinea se ha establecido que la fórmula infantil sólo se puede obtener mediante receta médica, como forma para proteger la lactancia. En algunos países se deben adoptar nuevas medidas para reducir la promoción de los alimentos procesados para el destete y productos como glucosa para alimentar a los niños.

Lo que se necesita para apoyar la lactancia en un país depende de los factores o los problemas que hacen más difícil la lactancia. En muchas áreas urbanas el empleo remunerado fuera de casa es uno de estos factores. Es indispensable tomar las acciones pertinentes para permitir que las mujeres puedan trabajar lejos del hogar y amamantar a sus hijos. Un segundo factor se relaciona con la morbilidad materna, incluyendo problemas de los pechos durante la lactancia. A menos que los trabajadores de la salud apoyen la lactancia, con frecuencia se encuentra que las madres innecesariamente recurren a sucedáneos de la leche materna cuando enfrentan esos problemas. Un tercer punto importante implica las

prácticas de las entidades de salud. Los médicos deben entender que son muy pocas las condiciones de salud que contraindican definitivamente la lactancia. En muchos países industrializados o no, las agencias privadas de voluntarios y las ONG tienen funciones muy útiles en apoyo de la lactancia. La Liga de la leche y otros grupos de información sobre la lactancia han sido muy importantes.

La promoción de la lactancia incluye la motivación o la reeducación de las madres que de otra manera podrían no estar inclinadas a amamantar a sus bebés. En teoría, la promoción es la más difícil y ciertamente la más costosa de las tres opciones. En algunas sociedades, sin embargo, la promoción es esencial si se desea convertir la lactancia en el método preferido de alimentación infantil. El enfoque usual comprende medios masivos y campañas de educación para hacer conocer las desventajas de la alimentación con biberón y las ventajas de la lactancia (Foto 11). Es importante conocer los factores que han llevado a una declinación de la lactancia en un área y entender cómo las mujeres consideran la lactancia y la alimentación con biberón. La falta de ese conocimiento ha sido causa del fallo de muchas campañas promocionales. Las técnicas de comercialización social, adecuadamente aplicadas, tienen mayor posibilidad de éxito. La promoción debe tratar no sólo los beneficios para la salud, sino además los beneficios económicos y las ventajas anticonceptivas de la lactancia. Con frecuencia, se requiere primero educar a los políticos sobre estos asuntos.

Es necesario una decidida voluntad política y habilidad para llevar a cabo nuevas políticas en cualquier plan dirigido a proteger, apoyar y promover la lactancia.

La Iniciativa del Hospital Amigo del Bebé (IHAB)

En 1992, UNICEF y la OMS lanzaron una iniciativa para ayudar a proteger, apoyar y promover la lactancia, mediante el enfoque de problemas en los hospitales, tales como prácticas que no apoyaban la lactancia (por ejemplo, separar a las madres de sus bebés) y otras que influían directamente en las madres para alimentar al niño con fórmulas lácteas (por ejemplo, presentación a las madres de paquetes gratuitos). Los dos principales objetivos del IHAB fueron terminar la distribución de muestras gratuitas o de bajo costo de sucedáneos de leche materna; y garantizar que las prácticas de los hospitales apoyaran la lactancia.

La IHAB puede ser menos importante en países y comunidades donde la mayoría de los bebés nacen fuera del hospital. Puede también tener menor influencia en los hospitales de maternidad de las grandes ciudades en países en desarrollo, donde se da de alta a los bebés en un término de 24 a 36 horas después del parto.

Lactancia y legislación laboral

Varios países facilitan a las mujeres trabajadoras la lactancia de sus niños, y algunos empleadores de mano de obra femenina apoyan la lactancia materna. Sin embargo, éstas son excepciones, cuando deberían ser la norma. La Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) realizada por la FAO/OMS en Roma en 1992, reconoció «el derecho de los niños y las madres a la lactancia exclusiva». El Plan de Acción para la Nutrición adoptado por la Conferencia define que los gobiernos y otros deben «apoyar y alentar a las madres para que amamanten y cuiden adecuadamente a sus hijos, tanto si tienen un trabajo fijo como si trabajan ocasionalmente si realizan un trabajo no pagado. Los convenios y reglamentos de la OIT sobre este tema pueden ser utilizados como punto de partida...»

La Convención de Protección a la Maternidad adoptada por la OIT reconoce que las mujeres tienen derecho a licencia por maternidad y a amamantar a sus niños. Sin embargo, en muchos países hay serios obstáculos para que las madres puedan ejercer sus derechos a la lactancia. Entre los obstáculos principales se encuentran, licencia de maternidad muy corta o rechazo de la licencia de maternidad a las empleadas temporales o provisionales; despido del trabajo a quienes toman licencia de maternidad; falta de instalaciones para la atención de los niños las cuales deberían estar disponibles en los lugares donde gran número de mujeres están empleadas; falta de períodos de descanso para que las madres puedan amamantar a sus hijos durante una larga jornada de trabajo; y utilización de las madres trabajadoras como objetivo de las compañías fabricantes de sucedáneos para persuadirlas de alimentar a sus niños con la fórmula en vez de amamantarlos.

Diez pasos para una lactancia exitosa

La declaración conjunta OMS/UNICEF Protección, promoción y apoyo de la lactancia: función especial de los servicios de maternidad (OMS/UNICEF, 1989) estableció las prácticas siguientes que se denominan: «Diez pasos para una lactancia exitosa», las que se espera sean tomadas en cuenta por todos los hospitales y servicios de maternidad y cuidados del recién nacido, por ser considerados favorables para el bebé.

1. Tener una política escrita sobre la lactancia, que se comunique de rutina a todo el personal responsable del cuidado de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y sobre el manejo de la lactancia.

4. Ayudar a las madres a iniciar a amamantar a la media hora del nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo se amamanta y cómo se mantiene la lactación aunque estén separadas de sus niños.
6. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que los indique el médico.
7. Practicar alojamiento conjunto - permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación - durante 24 horas al día.
8. Alentar a que se practique la lactancia de acuerdo con la demanda.
9. No suministrar tetas artificiales o chupetes (también llamados chupetes o tranquilizadores) a aquellos niños que se están amamantando.
10. Promover la conformación de grupos de apoyo a la lactancia y referirles a las madres cuando salgan del hospital o servicio de salud.

Posturas y posiciones para amamantar

Postura:

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar.

Las hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

Posición:

Es la forma en que es colocado el bebé para que mame.

También las hay diversas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras. Lo importante es que nunca ha de doler.

Sobre posturas y posiciones

Lo normal es pasar muchas horas totales al día amamantando, si no buscamos estar cómodas sufrimos dolor de espalda y las tomas se nos harán interminables.

Es buena idea tener preparado un lugar cómodo para amamantar durante el día

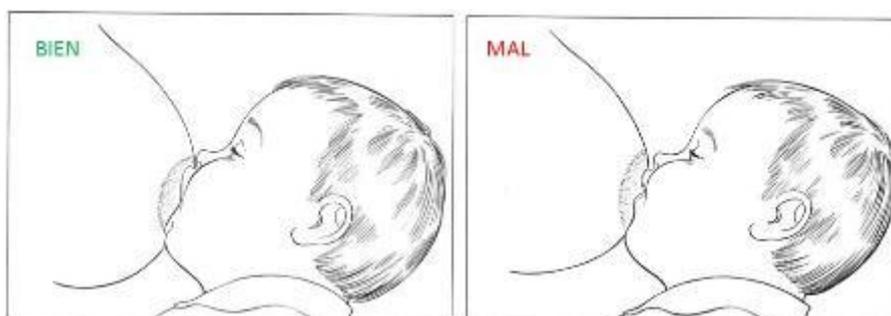
que puede ser por ejemplo un sillón. Es buena idea disponer también de cojines para poder apoyar los brazos mientras sujetas al bebé o apoyar al bebé si ocasionalmente necesitas una mano libre, y en caso de estar sentada, un reposapiés.

Antes se recomendaba a la madre tener la espalda recta y bien apoyada, con los hombros hacia atrás, pero recientemente se ha descubierto que los bebés maman mejor cuando la madre está reclinada hacia atrás. También se puede amamantar estirada. Lo importante es no amamantar nunca encorvada sobre el bebé. En el cualquier caso es importante prever un buen apoyo en la zona lumbar y cervical mediante cojines o similar. A ser posible también en la corva de las rodillas.

Puesto que las tomas de las primeras semanas suelen ser prolongadas, siempre es recomendable, antes de empezar, el prever de tener a mano todo aquello que se pueda necesitar (pañuelos, teléfono, mando a distancia, libro, vaso de agua, etc....).

Posición del bebé al pecho

Aparte de que, para amamantar, la madre disponga de varias posturas entre las que escoger, también existen distintas posiciones para colocar al bebé y múltiples combinaciones de ambas.



En cualquier caso y sea cual sea la postura o posición escogida, es importante verificar que el agarre del bebé al pecho, así como su succión, sean correctos,

con la boca bien abierta, los labios revertidos, la lengua debajo del pezón y con nariz y barbilla tocando el pecho.

¿Y no se ahogará?

Los bebés nacen con un fuerte instinto de supervivencia, y se apartan con decisión de cualquier cosa que les obstruya las vías aéreas. De hecho, cuando un bebé está resfriado y la mucosidad retenida en la nariz le impide respirar por ésta, se aparta del pecho echando la cabeza hacia atrás por no poder mamar y respirar por la boca al mismo tiempo. No es necesario pinzar el pecho con los dedos ni apartar la nariz del bebé. La característica “naricilla chata” de los bebés les permite respirar por los orificios nasales aunque tengan el rostro literalmente pegado al pecho materno.

El agarre espontáneo y la postura biológica

Igual que todas las demás crías de mamíferos nuestro bebé es capaz de alcanzar el pecho y mamar por sí mismo correctamente si se lo permitimos.

Todo fluye mejor cuando no se siguen técnicas y dejamos que todo surja de modo espontáneo. Para ello, debes estar semi-acostada o sentada con la espalda reclinada hacia atrás, y colocar el bebé boca abajo sobre ti, con la cabeza situada entre tus pechos descubiertos, de modo que no quede ni un trozo del cuerpo de tu bebé que no esté en contacto con el tuyo. No es necesario sujetarlo, solo vigilarlo, porque la propia gravedad lo mantiene firme.

Permite que tu bebé cabecee, busque y escoja un pecho y golpee repetidamente con la barbilla hasta prenderse solo. Puede tardar entre 10 y 60 minutos si acaba de nacer, menos de 10 minutos si ya lleva tiempo mamando. En ocasiones, el tamaño y forma del pecho pueden dificultar el proceso. Si este es tu caso puedes ofrecerle el pecho sujetándolo entre los dedos pulgar e índice, como si se tratara de un sándwich.

La postura ventral, a la que también se la ha denominado de “crianza biológica”, en contacto directo cuerpo a cuerpo, es la que adoptan instintivamente todas las crías de primates para mamar. Se ha comprobado que los bebés humanos pueden mamar con eficacia y sin dañar a su madre en esta posición aunque tengan alguna limitación mecánica de la succión.

Otras posiciones de la madre para amamantar:

1. Sentada
2. Estirada
3. De pie
4. A cuatro patas

Posición del bebé al pecho

Aunque lo más habitual es amamantar sentada o estirada con el bebé frente a la madre, son muchas las posiciones a las que se puede llegar a recurrir:

Postura sentada – Posición estirado: El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.

Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre, pero con los pies hacia el otro lado. Esta variante no es tan frecuente pero puede ser útil si el bebé rechaza, por la razón que sea mamar de un pecho. Si se le coloca en el pecho que rechaza del mismo modo en que mama del otro, es posible que lo acepte.

Postura sentada – Posición “de rugby”: El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda.

Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones

o mastitis que, aunque puede darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en ésta.

Tanto las posiciones estiradas como la “de rugby” funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada.

Postura sentada – Posición caballito: En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.

Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas.

En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.

Postura estirada – Posición estirado (en paralelo): En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea.

También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato.

Postura estirada – Posición estirado (en paralelo inverso): En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser útil, igual que la postura “a cuatro patas”, en caso de obstrucciones o mastitis agudas localizadas en la parte superior del pecho.

Postura “a cuatro patas” – Posición “boca arriba”: Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario.

Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis aguda localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos.

Todas estas posiciones son propias de bebés con una autonomía de movimientos todavía muy limitada. Los bebés más mayorcitos pueden mamar cómodamente en las posiciones más inverosímiles.

Lo importante es saber que no existe una única postura o posición correcta apta para todos los binomios madre / hijo, sino que cada binomio tendrá que buscar las posturas y posiciones que mejor se adapten a sus mutuas preferencias y también a las características físicas de ambos.

Cómo colocar el bebé al pecho paso a paso

1. La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
2. Se acerca el niño al pecho allí donde quede éste sin desplazarlo.
3. Se coloca al bebe perpendicular a la orientación del pezón.
4. Se enfoca nariz – pezón.
5. Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé.
6. Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez y decisión al pecho.
7. Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente)
8. El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.
9. Nunca el pecho ha de ir hacia el bebé, es el niño el que va hacia el pecho.
10. La cabeza del bebe no ha de quedar en el hueco del codo, sino en el antebrazo.
11. La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que ésta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.

12. Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebé al pecho.

Signos de buena posición

1. La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
2. La cara del bebé mira hacia el pecho.
3. La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
4. Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la nuca y los hombros.

Signos de buen agarre

1. El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
2. Los labios del bebé están evertidos, sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo.
3. La boca del bebé está bien abierta.
4. Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (agarre asimétrico).

Signos de buena succión

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Si tu bebé realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien. Lo normal es que si hay silencio ambiental puedas escuchar como traga durante unos minutos en cada toma mientras observas un movimiento mandibular amplio que denota que está tragando.

Además podrás ver que:

1. La lengua del bebé está debajo de la areola.
2. Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
3. Las mejillas no se hundan, sino que se ven redondas y llenas.

A tener en cuenta

La posición del niño al pecho es uno de los aspectos que más influyen en el éxito de la lactancia.

La lactancia materna es un proceso activo por parte de sus dos protagonistas, madre e hijo. Por un lado la leche no espera pacientemente en el pecho a que alguien la saque, sino que es empujada por la acción de una hormona, la oxitocina. El bebé tampoco es pasivo, no espera con la boca abierta a que le caiga la leche que gotea sola, sino que tiene que hacer unos movimientos de succión determinados para obtener toda la leche que necesita. Para que todo este proceso sea óptimo, la posición y la succión del bebé ha de ser correcta y la lengua tiene que tener total movilidad ya que pueden surgir problemas si el frenillo sublingual es corto.

Ir alternando diversas posiciones facilita el correcto drenaje de todos los conductos del pecho y previene la aparición de obstrucciones y mastitis.

La lactancia materna no es un proceso totalmente instintivo en el ser humano sino que precisa de un aprendizaje social. Ver a otras madres amamantar correctamente a sus hijos facilita que el propio bebé mame en posición adecuada. Se ha observado que, cuando en el mismo momento de nacer (antes de lavarlo, pesarlo, practicar profilaxis oftálmica o cualquier otra maniobra; a veces incluso antes de cortar el cordón) un recién nacido es colocado desnudo sobre el cuerpo desnudo de su madre, y se le deja con ella durante dos horas sin interrupciones, casi todos los bebés se arrastran por si mismos hacia el pecho, localizan el pezón

y maman de forma espontánea en posición correcta, en un momento variable entre unos 20 minutos y algo más de una hora después del parto.

Sin embargo, también se ha observado que muchos recién nacidos no consiguen mamar correctamente si están bajo los efectos de la peridural administrada a la madre durante el parto, o si son separados de la madre durante más de 20 minutos (entre el minuto 20 y 40 postparto), aunque luego les vuelvan a dejar en contacto con la madre. Cuando coinciden ambos factores (peridural y breve separación) casi ningún recién nacido logra mamar en posición correcta.

Los factores que favorecen la posición correcta del bebé al pecho son:

1. Una buena información de la madre.
2. El inicio temprano de la lactancia materna.
3. Evitar el uso de chupetes y biberones para prevenir el Síndrome de Confusión de Pezón.
4. Apoyo profesional durante la estancia hospitalaria.

Los signos y síntomas de un **Síndrome de Posición Inadecuada** pueden ser:

1. Mejillas hundidas, succión rápida y ruidosa, movimientos periorales.
2. Dolor y grietas en los pezones.
3. No soltar el pecho por si mismo.
4. Ingurgitación, a veces mastitis.
5. Reflejo de eyección intenso y repetido.
6. Atragantamiento, a veces rechazo del pecho.
7. Vómitos y regurgitaciones.
8. Escaso aumento de peso.
9. Tomas frecuentes y prolongadas (las tomas de más de una hora que casi se empalman unas con otras, pueden ser normales en algunos niños de pocas

semanas, pero también pueden ser indicio de mala posición, por lo que ante la duda es conveniente verificar la posición y la succión del bebé).

Los signos de un **Síndrome de Confusión de Pezón** debido a la interferencia de chupetes y biberones pueden ser:

1. El bebé se “pelea” con el pecho en algunas tomas, parece nervioso, confundido y acaba agarrándose correctamente después de un rato que parece que no lo consigue. Es posible que al principio lo haga solo en alguna toma, pero si la interferencia con tetina sigue lo normal es que acabe haciéndolo en todas las tomas y que incluso en algunas no logre cogerse al pecho, hasta que deje de mamar por completo.
2. Cuando se agarra la boca del bebé esta muy cerrada, solo es capaz de abarcar el pezón y no la areola.
3. Y la posición y movimientos de la lengua difieren, el bebé tiende a mover la lengua delante del pezón en vez de colocarla debajo.

2.3 BASES EPISTEMICAS

LACTANCIA MATERNA

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra.

El famoso pediatra Paul Gyorgy dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de

recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un período relativamente corto.

En los últimos años el interés en la lactancia ha crecido. Parte del motivo es la controversia tan publicitada de reemplazar la leche materna por biberones y la promoción activa de los sustitutos de la leche materna por parte de compañías multinacionales. El arte femenino de amamantar en los últimos años ha sido redescubierto en Europa y en menor proporción en América del Norte. Desgraciadamente, el uso de los biberones continúa en muchos países industrializados del sur. Las consecuencias más serias de este cambio del pecho al biberón se observan entre las familias pobres de África, Asia y América Latina. Durante los últimos 50 años, y especialmente en la última década, se han publicado extensos estudios que comparan la composición y beneficios relativos de la leche humana y de sus sustitutos. La mayor parte de la investigación reciente apoya las innumerables ventajas de la lactancia sobre otros métodos de alimentación infantil. Un amplio conjunto de investigaciones de nivel mundial, respalda la recomendación que los niños deben recibir sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida. Ciertamente, en los países en desarrollo, donde los riesgos de la alimentación complementaria por lo general sobrepasan cualquier posible ventaja, es aconsejable exclusivamente la leche materna hasta los seis meses de edad.

Las ventajas de la lactancia respecto a la alimentación con biberón y los motivos por los que se recomienda tan ampliamente, se resumen a continuación:

1. la lactancia es conveniente, el alimento tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial;

2. la leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante;
3. el calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos que ayudan a limitar las infecciones;
4. la alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño;
5. la lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupetes al igual que el combustible necesario para la esterilización;
6. la lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos;
7. la lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño;
8. aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial.

Existe ahora una evidencia decisiva sobre las ventajas de la lactancia natural para la salud, por ejemplo una menor morbilidad y mortalidad infantil, con respecto a los niños alimentados con biberón. Las ventajas favorecen en especial modo a las dos terceras partes de la población mundial que vive en la pobreza, aunque algunos estudios han demostrado tasas menores de diarrea y otras infecciones y menos hospitalizaciones en niños alimentados con leche materna de comunidades ricas. Se tiene también evidencia que las mujeres que lactan a sus niños presentan un riesgo menor de cáncer de pecho, y quizá de cáncer uterino, en comparación con las mujeres que no lo hacen.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. Cuando se da a los lactantes únicamente leche materna ningún otro alimento líquido o sólido.

CALOSTRO. Primera secreción láctea que tiene alto contenido de proteína

NEONATO. Recién nacido se considera hasta los 28 días

MORBILIDAD. Mide la frecuencia de la enfermedad

MORTALIDAD. Mide la frecuencia de muertes en diferentes edades y enfermedad.

SESION EDUCATIVA. Es una técnica que se utiliza en la enseñanza o educación de personas adultas. Fomenta el análisis, el diálogo y la reflexión sobre un tema identificado.

EFFECTIVIDAD DE LA SESIÓN EDUCATIVA SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. Es la respuesta conceptual y actitudinal de las madres luego de la sesión educativa impartida con relación a lactancia materna exclusiva

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA. Base referencial conceptual y actitudinal de las madres con relación a lactancia materna antes de la sesión educativa.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

Es una investigación de tipo cuantitativo en razón a que se le asigna un valor numérico a los datos de la variable; método cuasi experimental de un solo diseño,

Prospectivo, porque la información se recoge después de la planeación del estudio, observando el efecto de la variable independiente en el futuro;

Longitudinal, porque las variables involucradas se miden en dos o más ocasiones; y, por que habrá seguimiento para estudiar la evaluación de las unidades de análisis en el tiempo, y así poder comparar los valores del antes y después de la intervención.

3.2 NIVEL

El presente estudio es de nivel aplicativo, ya que parte de la realidad para transformarla.

3.3 METODO

Es cuasi experimental de un solo diseño porque los investigadores modifican a voluntad la **Variable Independiente** o causal, ya que le va permitir presentar la Información tal y como se obtiene antes y después de la aplicación de la variable independiente, que está dado por la sesión educativa.

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACION

G O1 X 02

Leyenda;

G = Grupo de intervención

01 = Observación inicial

X= Aplicación del estímulo

02 = Observación final

3.5 POBLACION Y MUESTRA

LA POBLACION estuvo conformada por todas las madres puérperas del Hospital Hermilio Valdizan Medrano 2014.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Madres puérperas que sepan leer y escribir
2. Madres que aceptan participar en el estudio
3. Madres que viven en Huánuco, Amarilis y Pillcomarca

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Recién nacidos de bajo peso
2. Con problemas de malformación congénita
3. Recién nacidos con problemas de salud

MUESTRA. La muestra ha sido seleccionada con el criterio de muestreo no probabilístico por conveniencia. Estará conformada por 30 madres puérperas.

3.6 DEFINICION OPERATIVA DEL INSTRUMENTODE RECOLECCION DE DATOS

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue un formulario tipo cuestionario, que consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos, el cual fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos,

2. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DATOS

1. Se Presento una solicitud pidiendo permiso al Director del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano con atención al Jefe de Departamento de Pediatría y Jefe de Neonatología
 2. Se coordinó con las enfermeras de alojamiento conjunto para la aplicación del instrumento de recolección de datos.
 3. Se empleó 30 minutos para impartir los conocimientos sobre lactancia materna.
 4. Se realizó las coordinaciones con las madres de los recién nacidos a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando un tiempo aproximado de 20 minutos para su aplicación. Para el pre y post test.
 5. Se presentó a las madres una actividad educativa relacionada a la lactancia materna exclusiva a fin de convocarlas masivamente a resolver el respectivo cuestionario.
1. Se evaluó el conocimiento impartido a través del cuestionario.
 2. Retroalimentación educativa en caso de ser necesario.

3.7 PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

1. **Revisión de los Datos**, se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos utilizados (control de calidad), a fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
2. **Codificación de los Datos**, se transformó los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en el instrumento, según el dominio de la variable.
- 3) **Clasificación de los Datos**, se realizó en base a la codificación, escala de medición e indicadores valoración de cada variable identificada en el estudio.

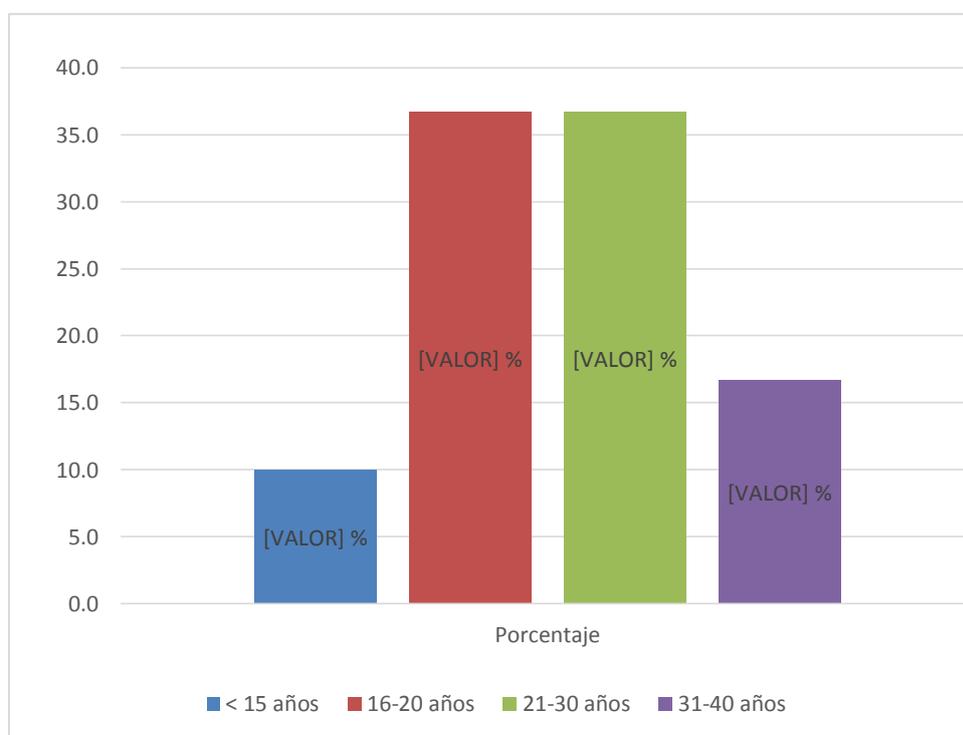
- 4) **Recuento de Datos**, de acuerdo al método que se utilizó, para conseguir el plan de tabulación, se hizo uso de la computadora personal, también de las matrices de tabulación o cuadros estadísticos de doble entrada rellenos. Los **Datos**, sobre la base del plan de tabulación, se presentaran en cuadros de doble entrada y gráficos necesarios.
1. **Análisis e Interpretación de Datos**. Para la medición de la variable se utilizó la escala de conocimiento Muy bueno, bueno, regular y malo para comprobar la hipótesis se aplicó la desviación estándar, a fin de determinar la diferencia entre los conocimientos antes y después de la aplicación de la sesión educativa.

CAPITULO IV

RESULTADOS

CARACTERISTICAS GENERALES

GRAFICO N° 01: Madres en estudio según edad participantes de las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.



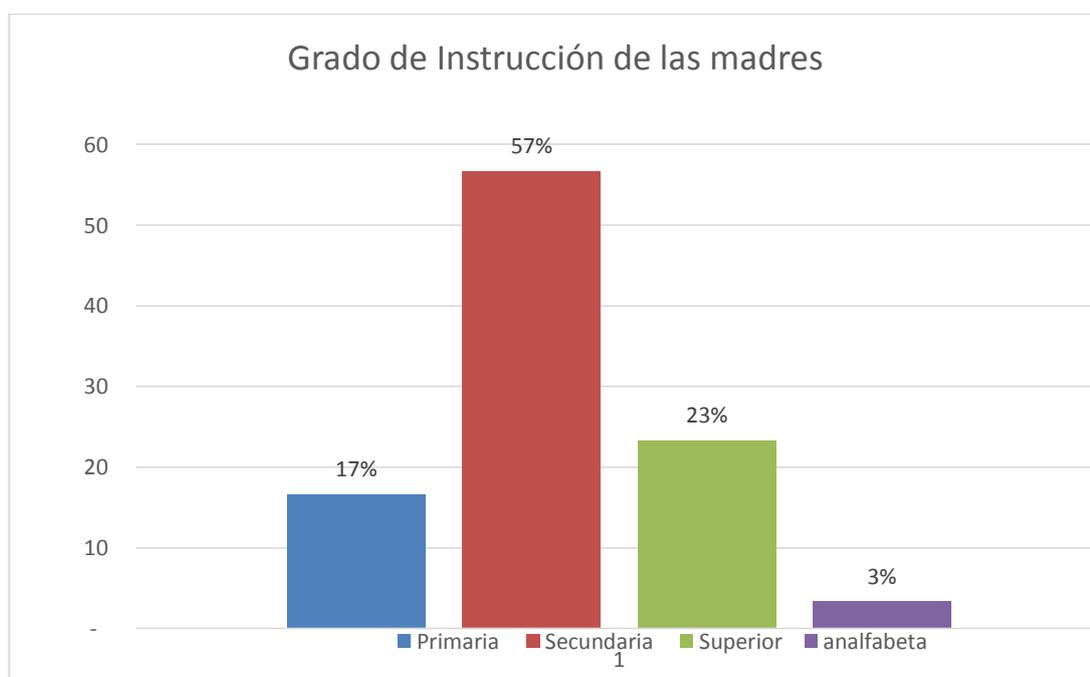
Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

Del total de madres participantes en las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva, el 36.7% equivalente a 11 madres fueron de 16 a 20 años

y de 21 a 30 años y en menor proporción el 16,7% que corresponde a 5 madres.

Grafico N° 02 Madres en estudio según grado de instrucción participantes de las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

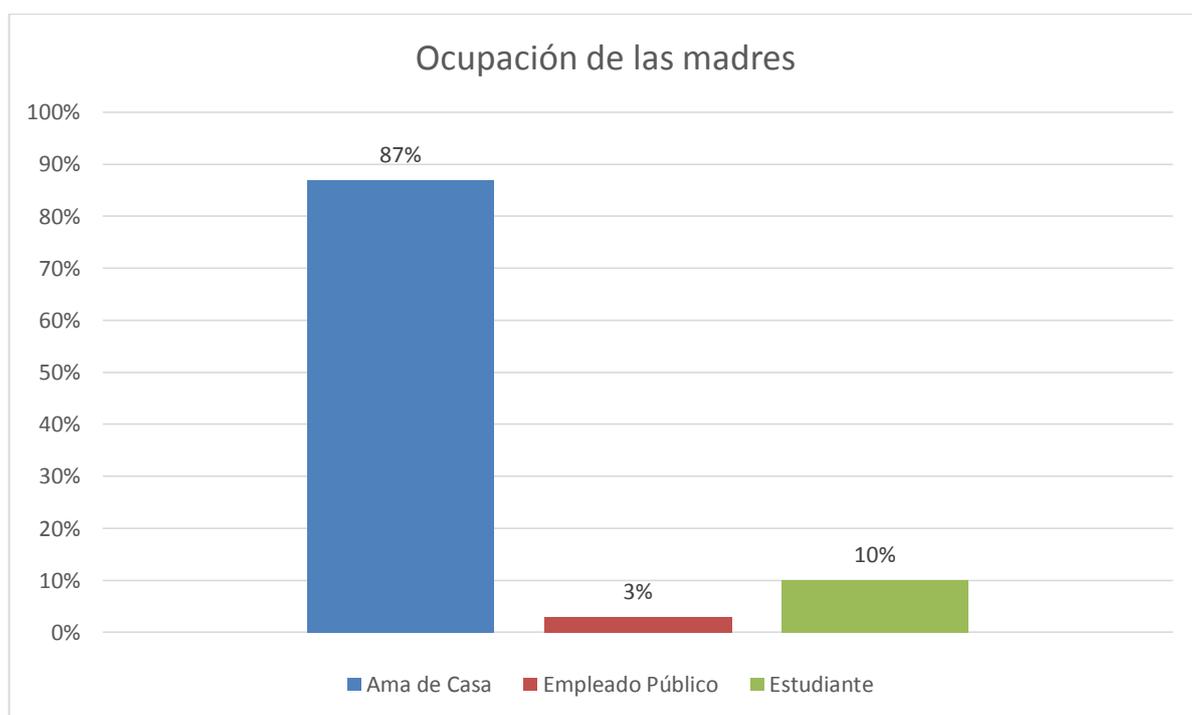


Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

Del total de madres participantes en las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva, el 57% equivalente a 17 madres su grado de instrucción es secundaria completa, el 23% equivalente a 7 madres su grado de instrucción es superior y en menor porcentaje el 17% equivalente a 5 madres su grado de instrucción es primaria completa.

Grafico N° 03 Madres en estudio según ocupación participantes de las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

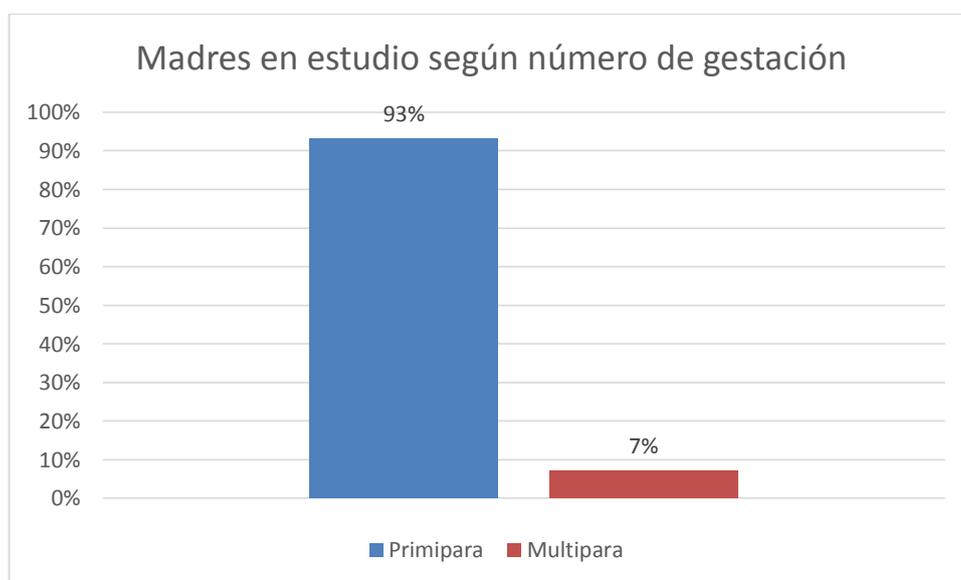


Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

Del total de madres participantes en las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva, el 87% equivalente a 26 madres su ocupación es ama de casa, el 10 % equivalente a 3 es estudiante y el 3% equivalente a 1 es empleado público.

Grafico N° 04 Madres en estudio según número de gestación participantes de las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

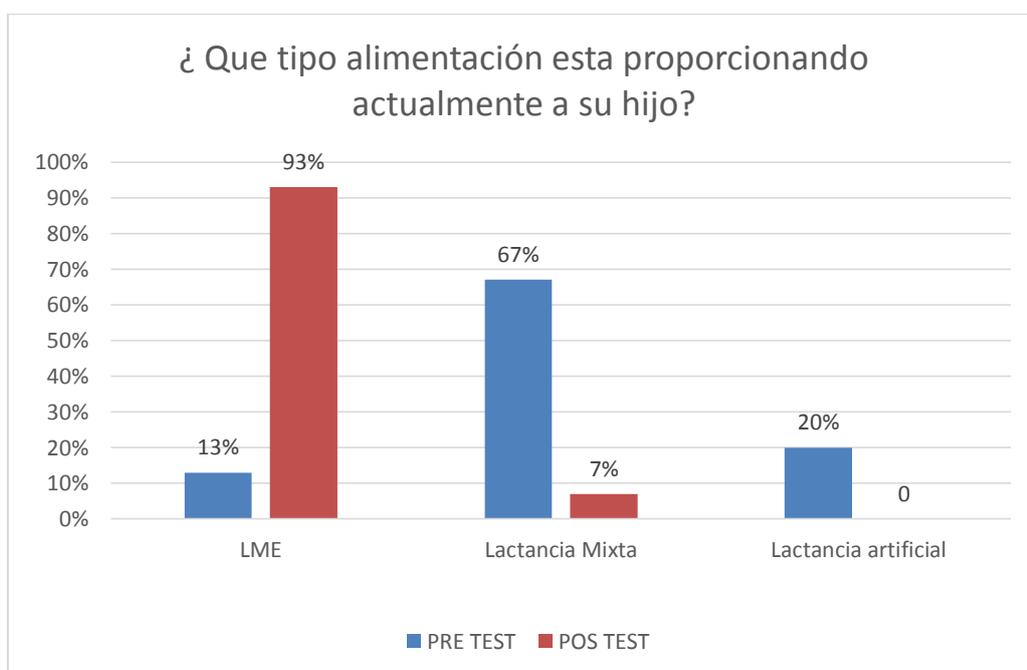


Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

Del total de madres participantes en las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva, el 93% equivalente a 28 madres se gestación es primípara y el 7 % equivalente a 2 es múltipara.

Grafico N° 05 Madres en estudio según tipo de alimentación que está proporcionando actualmente a su hijo en el Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

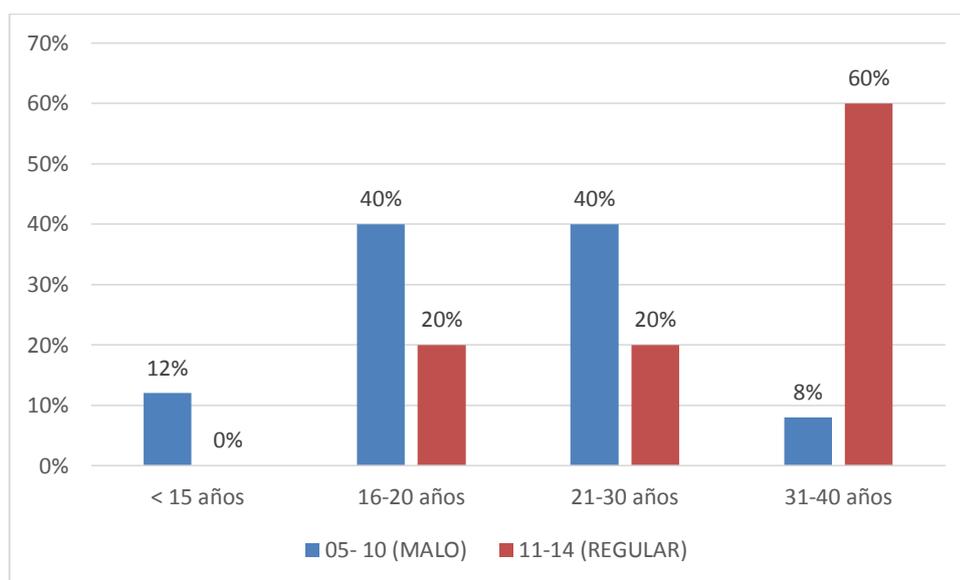


Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

Del total de madres participantes en las sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva, en el pre test el 13% de las madres indicaban que sus niños se alimentaban de lactancia materna exclusiva, un 67% lactancia mixta y un 20% lactancia artificial después de las sesiones educativas el 93% lactancia materna exclusiva, el 7% lactancia mixta.

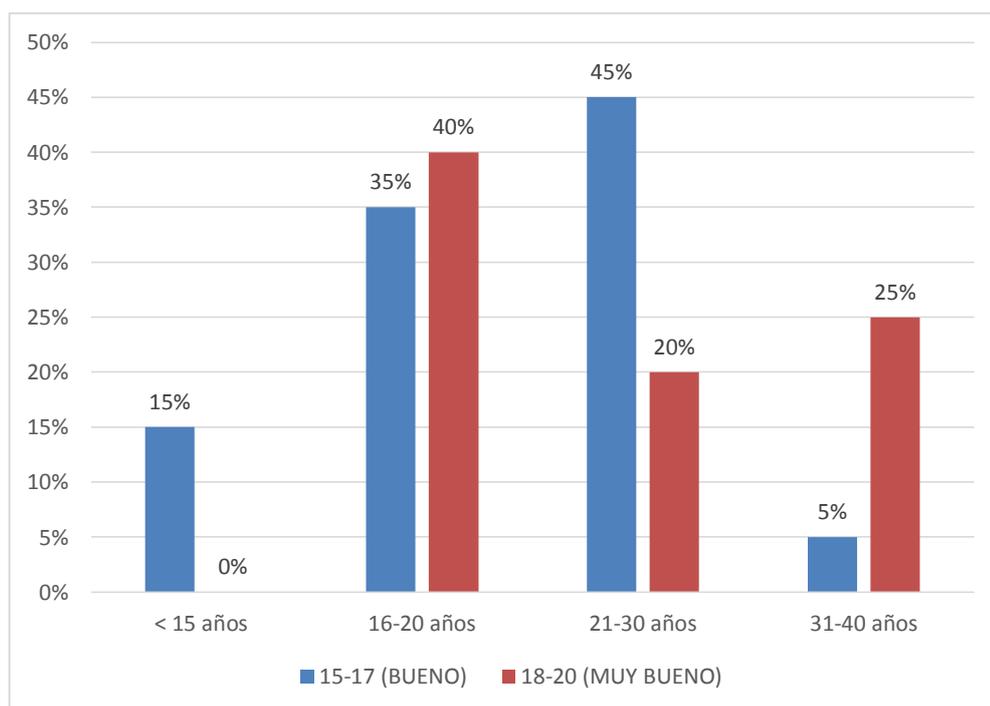
GRAFICO N° 06: Madres en estudio por edad según nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva antes de la aplicación de la sesión educativa. Hospital Regional "Hermilio Valdizán".



Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán" de Huánuco 2014.

INTERPRETACION: En el gráfico se observa que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva antes de la aplicación de las sesiones educativas en las madres en estudio, el 60%(3) correspondiente entre los 31 a 40 años; el 20% (1) en las edades de 16 a 20 años y 21 a 30 años de igual obtuvieron una calificación regular; el 40% (10) en las edades comprendidas de 16 a 20 años y de 21 a 30 años obtuvo una calificación de malo y un 12% (3) en las edades comprendidas en menores de 15 años también obtuvo una calificación de malo.

GRAFICO N° 07: Madres en estudio por edad según nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva después de la aplicación de la sesión educativa. Hospital Regional "Hermilio Valdizan" 2014.



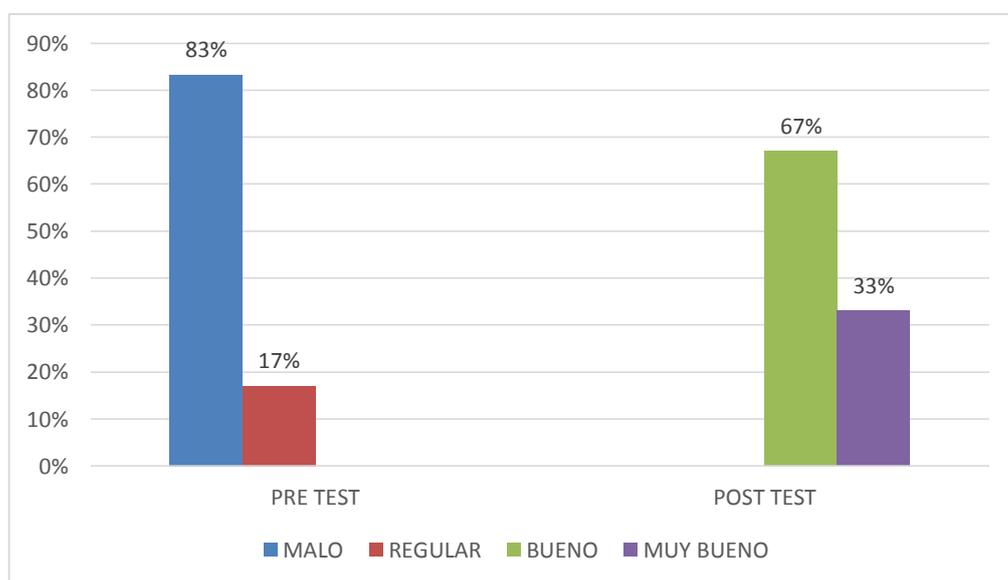
Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán" de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

En el gráfico se observa que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva después de la aplicación de las sesiones educativas en las madres en estudio, el 40%(4) correspondiente a las edades de 16 a 20 años; 31 a 40; y el 20% (2) en las edades de 21 a 30 años obtuvieron una calificación muy bueno ; el 45% (9) en las edades comprendidas de 21 a 30 años obtuvo una calificación de bueno y el 35% (7) en las edades de 16 a 20

años y el 15% (3) de las madres su calificación fue bueno. Estimándose que la sesión educativa fue relevante, de modo que nadie presento regular ni mal conocimiento.

GRAFICO N° 08: Calificación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las madres antes y después de la aplicación de la sesión educativa. Hospital Regional "Hermilio Valdizan" 2014.



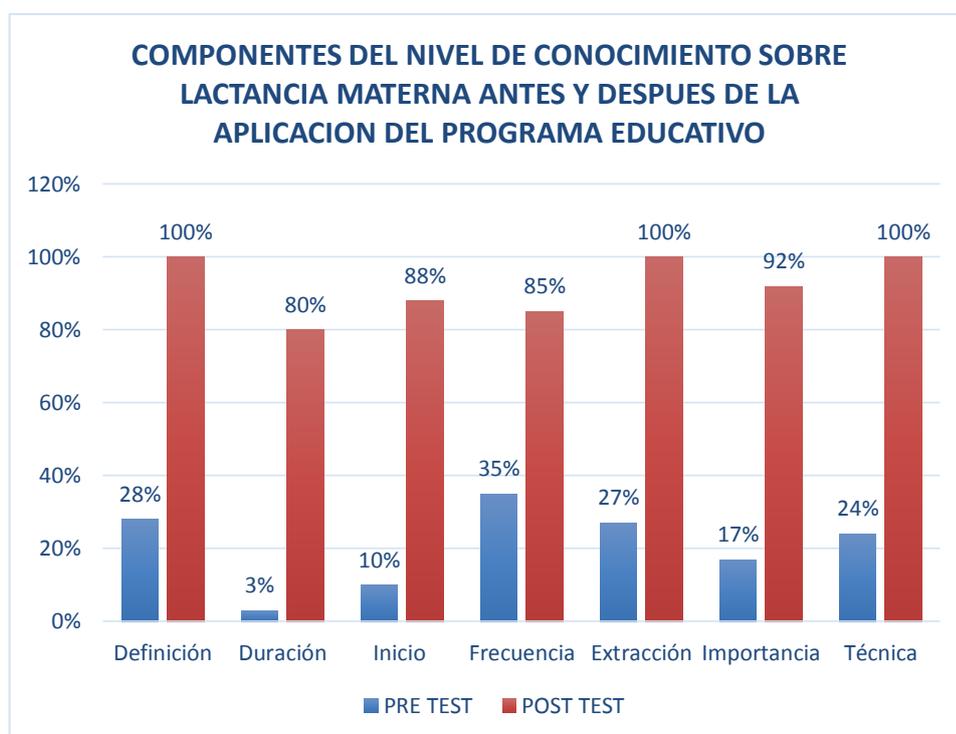
Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

En el gráfico se observa respecto a la Calificación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las madres antes y después de la aplicación de la sesión educativa en el pre test el 83% su calificación fue mala y el 17% fue regular, en el post test fue 67% bueno y 33% muy bueno por ende se puede evidenciar estadísticamente que el programa educativo sobre

lactancia materna fue efectivo.

GRAFICO N° 09: Componentes del nivel de conocimiento impartido sobre lactancia materna antes y después de la aplicación de la sesión educativa. Hospital Regional "Hermilio Valdizan" 2014.



Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán" de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

En el gráfico se observa en relación a los componentes del nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva existe una marcada diferencia de valores entre el pre test (3% al 35%) y post test (80% al 100%).

TABLA N° 01: Comparación de las medidas descriptivas de calificación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
PRE TEST	30	4,00	13,00	7,0000	2,84059	8,069
POST TEST	30	15,00	18,00	16,4000	1,00344	1,007
N válido (por lista)	30					

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna exclusiva aplicado a Madres de recién nacido. Hospital Regional "Hermilio Valdizán" de Huánuco 2014.

INTERPRETACION:

En la Tabla N° 01 se observa la comparación de las medidas descriptivas de calificación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna en el pre test el puntaje mínimo de calificación fue de 4 y el máximo de 13 en el post test el puntaje mínimo fue de 15 y el máximo de 18. Se aprecia una desviación estándar en el pre test de 2,84 y en el post test de 1,003, evidenciados que la sesión educativa impartida por la enfermera sobre lactancia materna exclusiva incremento el conocimiento de madres de los recién nacidos en el Hospital Regional "Hermilio Valdizán" de Huánuco 2014.

CAPITULO V

DISCUSION

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. Para mantener la práctica de la lactancia materna como una forma de alimentación saludable en recién nacidos es importante conocerla, valorarla y practicarla.

Los niños amamantados tienen **por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia** en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas (OMS-The Lancet, 2000). Las consecuencias potenciales de las prácticas óptimas de lactancia materna son especialmente importantes en los países en desarrollo donde se

registra una alta carga de enfermedad y un escaso acceso al agua potable y el saneamiento. En cambio, los niños no amamantados de los países industrializados también corren un mayor riesgo de morir: un estudio reciente sobre la mortalidad posneonatal en los Estados Unidos encontró un aumento del 25% en la mortalidad de los lactantes no amamantados. En el Estudio de la cohorte del milenio, del Reino Unido, la lactancia materna exclusiva durante seis meses se relacionó con una disminución del 53% en las hospitalizaciones por diarrea y una disminución del 27% en las infecciones de las vías respiratorias.

Por lo que el rol que ejerce la enfermera es importante; ya que brinda educación oportuna a las madres de familia utilizando técnicas educativas interactivas y participativas y valora las cualidades físicas, intelectuales, emocionales y morales del individuo a fin de desarrollar sus potencialidades como ser humano, perfeccionando sus sentimientos y comportamientos para hacerlo capaz de desenvolverse en la sociedad; utilizando estrategias que le permitan un aprendizaje eficaz y eficiente y así contribuye a la adquisición de conocimientos para la lactancia materna saludable.

La importancia del conocimiento de cada componente para la elaboración de una correcta práctica de lactancia materna que consiste en conjugar estratégicamente los componentes (Definición, duración, inicio, frecuencia, extracción, importancia y técnica); el tener conocimientos claros y precisos de cada elemento propiciara una correcta técnica de la lactancia materna. Se sabe que la carencia de conocimientos y de información determina comportamientos equivocados y erróneos con respecto a la salud y enfermedad. Situación que debe ser tomada en cuenta sobre todo en la madre por ser sin duda el eje de la función familiar, la depositaria del poder en la salud del niño y

demás miembros de la familia.

Uno de los objetivos específicos del presente trabajo de investigación fue Identificar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva antes de la aplicación de la sesión educativa, en los resultados obtenidos demuestra que las madres de familia alcanzan una puntuación de mala en un 83% y regular en un 17%, lo que indicaría que no conocen los componentes de una estrategia adecuada de lactancia materna exclusiva y todo conocimiento pasa por un proceso de construcción del aprendizaje y para que éste sea significativo tiene que partir de un enfoque holístico donde el acúmulo de información, adquirido de forma científica, la práctica, la convivencia, la experiencia y el descubrimiento tiene que enriquecer a la madre en éste proceso de enseñanza sobre la lactancia materna.

Investigaciones como Delgado Marruffo Lizeth Jackelin (2013) en la que revelaron que 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos; sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62.9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75.8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento. Así como al igual que Alvarado S. y Canales M. encontraron en su investigación que el conocimiento que poseen las madres respecto a las ventajas de la lactancia materna en relación al destete temprano, se encontró que el 68,81% de las madres entrevistadas manifestaron no conocerlas. En razón a ello se impartió sesiones educativas sobre lactancia materna exclusiva a 30 madres comprendidas entre las edades de menores de 15 años a 40 años. se observa que el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva antes de la aplicación de las sesiones educativas en las madres en estudio, el 60%(3) correspondiente entre los 31 a 40 años; el 20% (1) en las edades de 16 a 20

años y 21 a 30 años de obtuvo una calificación regular; el 40% (10) en las edades comprendidas de 16 a 20 años; 21 a 30 años y un 12% (3) en las edades comprendidas en menores de 15 años t obtuvo una calificación de malo. Y después de la aplicación de las sesiones educativas fue de buena a muy buena. Investigaciones como Pérez C, Martín A, Ocampo M. en Cuba del 2010 obtuvieron resultados similares en su trabajo de investigación de tipo experimental con pre prueba y post prueba para determinar la utilidad de una intervención educativa para extender la lactancia materna al 6to mes de vida de lactantes; donde se realizó la intervención educativa al grupo experimental, evaluando al mes, 4 meses, 6 meses y después los 6 meses de nacido el bebé. El grupo experimental obtuvo 47,8% y 47,2% resultados buenos, el grupo control 27,7%, 32% y 35,5%. Concluyendo que la intervención educativa fue muy útil en el conocimiento. Así mismo tenemos otros resultados como es la de Olade L. en el año 2008, en su programa de intervención educativa para el logro de la lactancia materna exclusiva en el hogar materno; obtuvieron como resultados, que el 74,39 % de las mujeres antes de la intervención respondieron de forma inadecuadas por no estar incluidas en grupos investigativos y se invierte favorablemente en un 96,34 % posterior a la labor de intervención. La investigación de Fernández D. en su intervención educativa realizada en el Policlínico Universitario, Norte de Ciego de Ávila con gestantes para elevar su conocimiento sobre varios aspectos de la lactancia materna con vistas a su aumento, se califica de bueno después de la intervención el grupo experimental en 95% mientras que el grupo control solo obtuvo el 45%. Dichos resultados coinciden plenamente con los expuestos en el presente estudio.

Estimándose que la sesión educativa fue relevante definiéndola como la práctica

alimentaria que conlleva enormes beneficios para la madre, la niña y el niño, además de las ventajas nutricionales y económicas, favorece aspectos psicoafectivos, la prevención de enfermedades y otros que contribuyen a mejorar el desarrollo integral de los niños, y por ende el desarrollo cognitivo implica relacionar el nuevo conocimiento con el conocimiento previo, para que de esta manera la madre que recibe las sesiones educativas genere nuevo aprendizaje, a partir de lo poco ella conoce. Otro principio importante dentro del desarrollo cognitivo es ayudar a las madres a descubrir la relación entre concepto e ideas, para que el proceso cognitivo sea integral. La OMS apoyándose en la evidencia científica actual recomienda la lactancia materna exclusiva por 6 meses, seguida por la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la lactancia materna. Finalmente podemos decir que las sesiones educativas resultan ser muy importantes ya que constituyen un instrumento de relevancia en el proceso de enseñar y facilitar el aprendizaje a un individuo, familia y comunidad, de modo que un programa educativo según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), son serie de actividades y recursos encaminados a lograr los objetivos propuestos por una institución. En la presente investigación, tabla N° 01 se observa la comparación de las medidas descriptivas de calificación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna en el pre test el puntaje mínimo de calificación fue de 4 y el máximo de 13 en el post test el puntaje mínimo fue de 15 y el máximo fue de 18. Se aprecia una desviación estándar en el pre test de 2,84 y en el post test de 1,003, evidenciados que la sesión educativa impartida por la enfermera sobre lactancia materna exclusiva en el incremento de conocimiento de madres de los recién nacidos en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan" de Huánuco 2014. Finalmente se acepta la hipótesis de investigación "H1: Las madres que

participen de la intervención educativa incrementarán sus conocimientos acerca de los conceptos básicos, importancia y técnicas de lactancia materna

CONCLUSIONES

1. Las sesiones educativas impartidas por la enfermera sobre lactancia materna exclusiva fue efectivo en el incremento de conocimientos de las madres en el post test donde el puntaje mínimo fue de 15 y el máximo de 18. Se aprecia una desviación estándar en el pre test de 2,84 y en el post test de 1,003, evidenciados de esta manera la efectividad de las sesiones educativas. por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad de las sesiones educativas en el incremento de sus conocimientos acerca de los conceptos básicos, importancia y técnicas de lactancia materna.
2. El nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva antes de la aplicación de las sesiones educativas en las madres en estudio, el 60%(3) correspondiente entre los 31 a 40 años obtuvo como calificación regular; y el 40% (10) en las edades comprendidas de 16 a 20 años y 21 a 30 años obtuvo una calificación de malo.
3. El nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva después de

la aplicación de las sesiones educativas en las madres en estudio, el 40%(4) correspondiente a las edades de 16 a 20 años y 31 a 40 años obtuvo como calificación muy buena; el 45% (9) en las edades comprendidas de 21 a 30 años y el 15% (3) madres su calificación fue bueno.

4. En relación a los componentes del nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva existe una marcada diferencia de valores entre el pre test (3% al 35%) y post test (80% al 100%).

SUGERENCIAS

1. Que el personal de enfermería que labora en el primer nivel de atención, realice actividades preventivo promocionales, utilizando la técnica de sesiones educativas sobre la técnica correcta de la lactancia materna.
2. La Dirección Regional de Salud, deben promover capacitaciones continuas al personal de salud para fortalecer las competencias de comunicación individual y colectiva respetando la interculturalidad de las madres.
 - A las enfermeras que laboran en los Puestos de Salud deben estar capacitados, para promover mediante información, educación y comunicación a las gestantes con el fin de facilitar el vínculo con sus bebés y promover el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva.
1. Capacitar a los profesionales sanitarios y a los agentes de salud en materia de lactancia materna exclusiva para una intervención eficaz en aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva.

2. Promoción activa de la lactancia materna exclusiva en las madres ya que consecuencias profundas sobre la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantiles. La leche materna proporciona todos los nutrientes, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida; el bebé no necesita ingerir ningún otro líquido o alimento. Además, la leche materna lleva los anticuerpos de la madre, que ayudan a combatir las enfermedades.
3. Promover la **lactancia materna exclusiva hasta los seis meses** como una recomendación mundial de salud pública. Esta recomendación se basa en la conclusión de que la lactancia materna exclusiva proporciona varios beneficios al niño y a la madre.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dras. Sara M. Macías, Silvia Rodríguez y Patricia A. Ronayne de Ferrer. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Buenos Aires - 2006
2. Marta Sanabria, Julia Coronel, Cinthia Díaz, Carolina Salinas, Julio Sartori. Breast Feeding Profile in 4 Neonatal Services. Rev Chil Pediatr 76 (5); 530-535, 2005
3. Heinrich Brückner. Lactar es amar. Argentina 2001
4. Custodio Quispe, Ricardo Terukina. Niveles de glucemia en recién nacidos a término, adecuados para la edad gestacional, alimentados con leche materna exclusiva y no exclusiva. Lima 2007.
5. Dra Nely Zavaleta Pimentel, Dr. Martin Inga Lozada. Encuesta global OMS salud materna y perinatal. Perú 2007

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011 Informe principal. Lima: INEI; 2011.
7. World Health Organization. Nutrition Landscape Information System (NLIS). Country profile indicators: interpretation guide. Geneva: WHO; 2010.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 1998. Ginebra: UNICEF; 1998.
9. Smith L, Haddad L. Overcoming child malnutrition in developing countries: past achievements and future choices. Washington: International Food Policy Research Institute; 2000.
10. López N, Alí V, Rojas C. Acciones efectivas para reducir la desnutrición crónica. Evidencias del cambio en zonas rurales del Perú 2003-2004. Lima: CARE Perú; 2005.
11. Victoria C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. 2008; 371(9609):340-57.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1996 Informe principal. Lima: INEI; 1996.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Resultados de los Programas estratégicos 2010. Lima: INEI; 2011.
14. Perú, Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Aprueban la Estrategia Nacional denominada CRECER que establece la intervención articulada de entidades de Gobierno Nacional, Regional y Local vinculadas con la lucha contra la desnutrición crónica infantil. DS 055-2007-PCM. Lima: PCM; 2007. (1 de julio de 2007)

15. Mejía A. Análisis del éxito en la lucha contra la Desnutrición crónica en el Perú: estudio de caso preparado para CARE. Lima: CARE Perú; 2011.
16. Perú, Presidencia del Consejo de Ministros. Estrategia Nacional CRECER. Memoria 2007-2011. Lima: PCM; 2011.
17. Cruzado V. Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; 2012.
18. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN). Plan Bicentenario: El Perú hacia el Siglo XXI. Lima: CEPLAN; 2011.
19. Perú, Inversión en la Infancia. Desnutrición crónica infantil cero en el 2016: una meta alcanzable [Resumen Ejecutivo]. Lima; 2012. [