

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA**

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADAS  
EN NUTRICIÓN HUMANA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA DE  
LAS MADRES QUE ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD N° 1, CENTRO DE  
SALUD N° 4, OBRERO INDEPENDIENTE Y EL PLACER EN LA CIUDAD DE QUITO  
EN EL AÑO 2015**

**ELABORADO POR**

**Isabel Albán**

**Belén Yépez**

**QUITO, Mayo - 2016**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**RESUMEN**

El presente estudio identifica los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que asisten al Centro de Salud número 1, Centro de Salud número 4, Obrero Independiente y El Placer en la ciudad de Quito.

Se aplicó una encuesta para evaluar el nivel de conocimientos, las prácticas que aplican y actitudes que presentan las madres frente a la lactancia materna, considerando la lactancia materna inicial, exclusiva y continua. El principal conocimiento predominante fue que dar de lactar promueve el beneficio de crear lazos afectivos madre e hijo y las prácticas realizadas con mayor éxito fueron la lactancia materna inmediata y exclusiva; En las actitudes influyó más la creencia de que si la madre presenta gripe no puede dar de lactar.

En conclusión los conocimientos de las madres guiados adecuadamente por el personal de salud conllevan a desarrollar una práctica positiva de lactancia materna y el apego a mitos y creencia interfiere de manera negativa con el desarrollo de la lactancia materna ya sea en forma parcial o definitiva.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**DEDICATORIA**

La presente investigación está dedicada a Dios ya que ha sido guía y fortaleza nuestra en cada parte de este proceso, a nuestros padres por su amor y apoyo incondicional que nos han impulsado día a día para salir adelante, a cada miembro de nuestras familias y personas allegadas por la motivación y aliento constante en todo momento.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios, a nuestros padres y familiares por su presencia y respaldo brindado, a los docentes involucrados en la elaboración de la tesis por la perseverancia y motivación, a cada institución y personal de salud que nos abrió las puertas y nos acogieron durante el proceso de recolección de datos que conformaron parte de la disertación.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**TABLA DE CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
1.1 Planteamiento del Problema.....	8
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.3 OBJETIVOS .....	12
1.3.1 OBJETIVO GENERAL .....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 METODOLOGÍA .....	12
1.4.1 Tipo de estudio .....	12
1.4.2 Universo y Muestra .....	12
1.4.3 Fuentes técnicas e instrumentos .....	13
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS</b> .....	15
Hipótesis.....	15
2.1 Apego Precoz y Lactancia Materna.....	15
2.1.1 Apego precoz.....	15
2.1.2 Definición de Lactancia Materna .....	17
2.1.3 Clasificación de la lactancia materna .....	17
2.1.4 Importancia de la Lactancia Materna .....	18
2.1.5 Marco Legal de Lactancia Materna en Ecuador.....	18
2.1.6 Hospital Amigo del Niño .....	21
2.2 Conocimientos en lactancia materna.....	27
2.2.1 Definición.....	27
2.2.2 Beneficios de la lactancia materna .....	28
2.2.3 Riesgo de no recibir lactancia materna.....	33
2.2.4 Posturas para la lactancia materna.....	34
2.2.5 Horarios y frecuencia de cada toma .....	36
2.3 Prácticas adecuadas de lactancia materna en Ecuador .....	37
2.3.1 Definición.....	37
2.3.2 Inicio temprano de la lactancia materna.....	37

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



2.3.3 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida .....	38
2.3.4 Duración media de la lactancia materna.....	38
2.4 Actitudes en lactancia materna.....	38
2.4.1 Definición.....	38
2.4.2 Creencias de la lactancia materna en el Ecuador.....	39
2.5 Estadística de Lactancia Materna en Ecuador .....	41
2.6 Operacionalización de Variables.....	44
<b>CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>



## **INTRODUCCIÓN**

La presente es una investigación descriptiva acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres lactantes asistentes a los centros de salud número 1, Centro de Salud número 4, El Obrero Independiente y El Placer en la ciudad de Quito.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como una forma de proporcionar un alimento idóneo para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes. A pesar de los diversos beneficios de la lactancia materna, ésta y su duración han disminuido debido a diversos factores entre los que se encuentran los conocimientos obtenidos, el entorno en que se desarrollan las madres, costumbres, apegos a mitos y creencias, etc., mismos que influyen en el desarrollo de dicha práctica (Aznar, Salazar, Delgado, Cani, & Cluet de Rodríguez, 2009)

Los adecuados conocimientos, actitudes y prácticas por parte de las madres influyen en que se cumpla el ciclo de lactancia de manera óptima para brindar mayores beneficios tanto para la madre, como para el lactante. La identificación de la situación actual acerca de este tema es fundamental para poder fortalecer dicha práctica.

Para la recolección de la información se utilizó como instrumento una encuesta adaptada a partir de un estudio realizado en Chile y una encuesta aplicada en Cuenca de conocimientos actitudes y prácticas, la misma constó de 11 preguntas cerradas. Finalmente los datos obtenidos fueron comparados con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y otras poblaciones latinoamericanas.



## **CAPÍTULO I: GENERALIDADES**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como una forma de proporcionar un alimento idóneo para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes (Vera & Guerrero, 2013). De igual manera la leche materna presenta beneficios importantes tanto para el niño como para la madre, es por ésta razón que la OMS y la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) realizan las siguientes recomendaciones:

- La lactancia materna debe iniciar dentro de la primera hora de vida, el lactante debe recibir exclusivamente leche materna sin introducción de ningún otro alimento o bebida hasta los seis meses de edad y la lactancia materna se debe mantener hasta los dos años de vida de forma complementaria (Vera & Guerrero, 2013).
- Entre otras recomendaciones se encuentran que la lactancia se dé a libre demanda (cuando el niño quiera de día y de noche) (Vera & Guerrero, 2013).
- No se debe utilizar biberones o chupetes (Vera & Guerrero, 2013).

En diferentes estudios se ha observado que a pesar de los beneficios de la lactancia materna, ésta y su duración han disminuido (Aznar et al., 2009).

Según Vera y Guerrero (2013), la manera en que las madres alimentan a sus hijos y el condicionamiento de la lactancia materna es multifactorial ya que se ve influenciada por:

- Factores psicológicos: actitud positiva, nivel de sensibilización, entorno en que se desenvuelve, la confianza que presente la madre en su propia capacidad para dar de lactar.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



- Factores socioeconómicos y culturales: Etnia, nivel de educación, situación laboral, cultura, creencias y los conocimientos sobre la lactancia.

La falta de conocimientos sobre lactancia materna puede llevar a la madre a desarrollar o mantener hábitos inadecuados en este periodo como tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas y cafeína, lo cual puede tener repercusiones negativas a corto y largo plazo en el niño (Ulunque, Uria, Vairo, Vargas, & Santander, 2010).

Bolivia refleja en un estudio sobre conocimientos de lactancia materna, que del total de 40 madres participantes, el 45% no conocían el tiempo exclusivo de lactancia materna, el 42,5% no conocía los beneficios de la lactancia materna para el crecimiento y desarrollo del niño (Ulunque et al., 2010). Por otra parte el 40% mezclaba la leche materna con la leche de vaca o artificial durante el tiempo exclusivo de lactancia (6 meses) (Ulunque et al., 2010).

En otro estudio realizado en Bolivia acerca de los beneficios nutricionales de la lactancia materna en menores de seis meses, donde participaron 380 madres se encontró que tan solo el 34% tenía información clara, relacionadas a técnicas adecuadas y completas para dar de lactar, solo el 22% mantuvo una técnica apropiada.

Por otra parte se registró que el 27,5% proporcionó a sus hijos alimentos triturados a base de fruta y carne en el periodo de lactancia materna exclusiva, el 32,5% dio leche materna en biberón. Finalmente se observó que el 20% dejó la lactancia materna antes de los 6 meses de edad del niño (Jiménez et al., 2012).

Un estudio realizado en Argentina reflejó que el 58% del total de 170 madres encuestadas indicaron que sus hijos empezaron su alimentación complementaria antes de los 6 meses, esto demostró que al mes de vida, el 13% de los niños dejaron de ser amamantados (Gonzalez, Huespe, & Auchter, 2008). Se observó también que la edad de la madre influye en la duración de la lactancia materna, ya que el 25% de madres

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



menores de 20 años, mantuvieron la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida y en madres de mayor edad esta cifra ascendió al 75% (González et al., 2008).

En un estudio hecho en Colombia sobre actitudes, conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en una muestra de 122 madres, el 49% no tenía conocimiento sobre los métodos de conservación de la leche materna, mientras que el 42,7% no tenía conocimientos adecuados acerca de la extracción de leche materna. El 85,4% desconocía las normas que promueven o protegen la lactancia materna, y solo el 25% no sabía cómo actuar ante dificultades que podría presentar el amamantamiento como son la mastitis, pezones congestionados o dolor y la insuficiente producción de leche (Gamboa D., Lopez B., Prada G., & Gallo P., 2008).

Un estudio cualitativo realizado en Colombia sobre creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños afro colombianos demostró que las creencias culturales interfieren en la lactancia materna; ésta cultura tiene algunas creencias sobre lactancia materna como: la lactancia materna exclusiva en niñas se debe realizar hasta los 18 meses y en niños hasta los 2 años porque se cree que las niñas que lactan por más tiempo se vuelven de naturaleza caliente en la adultez. En lo que se refiere a la alimentación complementaria, se cree que debe iniciar entre los 3 y 4 meses de edad, con alimentos como sopa de pescado, frejol, jugo de mango, papaya y guayaba, y cuando el niño presenta interés por los alimentos de otro familiar. El destete del niño se lo debe realizar cuando el niño se para o gatea o a la edad a la que se acostumbra a otro tipo de comida. En cuanto al uso del biberón se cree que se debe introducir en el primer mes de vida con el objetivo de llenar al niño que no queda satisfecho con la leche materna (Alvarado, Tabares, Delisle, & Zunzunegui, 2005).

La situación actual en el Ecuador, refleja que a medida que aumenta el nivel de instrucción de las madres, el número de mujeres que dan de lactar hasta los 5 meses disminuye (Freire et al., 2013). Una tesis realizada en una muestra de 100 madres en Azuay, refleja que la cifra promedio sobre conocimientos en lactancia materna en el

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



Ecuador es de 26,4%, lo cual corresponde al 12% de las madres adolescentes (Vera & Guerrero, 2013).

En otra tesis efectuada en Cuenca con una muestra de 50 adolescentes embarazadas, se encontró que el 72% de las participantes presenta conocimientos insuficientes sobre el valor nutricional de la leche materna. El 52% cuenta con escasa o nula información sobre los beneficios de esta, y el 44% indica que la duración de la lactancia materna exclusiva debería ser menor a 4 meses. Solo el 12% de las madres reporta que una nutrición adecuada se proporciona combinando la lactancia (Campoverde & Chocho, 2014).

Basado en los estudios revisados acerca de actitudes, conocimientos y prácticas de lactancia materna, se puede concluir que existen mitos, creencias, mala información, falta de conocimiento, lo cual interfiere directamente en los beneficios de la lactancia materna tanto para el niño como para la madre y la sociedad en general.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La práctica de la lactancia materna ofrece múltiples beneficios para la madre y para el recién nacido, los mismos que poseen un fuerte respaldo científico. A pesar de lo mencionado la prevalencia de esta práctica se encuentra por debajo de las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (Granada, 2015). Por ello, es fundamental la identificación de los conocimientos manejados por las madres, ya que estos influyen en el desarrollo de una práctica y actitud óptima frente a lactancia materna.

La presente investigación tiene como fin dar a conocer cómo los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen las madres de diferentes grupos culturales y de edad afectan en el desarrollo de la lactancia materna inicial, exclusiva y continua ya sea de manera positiva o negativa.

Los beneficiarios de esta investigación son el grupo de madres en periodo de lactancia, sus hijos, el personal de salud y puede ser utilizado como base de



información en entidades responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de salud y nutrición.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia de las madres que asisten a distintos Centros de Salud en la ciudad de Quito.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar los conocimientos que presentan las madres que asisten a los distintos centros de salud, sobre la lactancia materna.
- Determinar las prácticas que realizan las madres que asisten a los distintos centros de salud en cuanto a lactancia materna inicial, exclusiva y continua
- Conocer los mitos y creencias que presentan las madres que asisten a los distintos centros de salud sobre la lactancia materna.

### **1.4 METODOLOGÍA**

#### **1.4.1 Tipo de estudio**

El estudio presenta un enfoque cuantitativo y es de corte transversal ya que se aplicó una encuesta para la obtención de datos. El nivel del estudio es descriptivo porque los resultados se expresaron en porcentajes, frecuencias y desviación estándar, que presentan las madres que asisten a los Centros de Salud Número 1, Número 4, Obrero Independiente y El Placer de la ciudad de Quito.

#### **1.4.2 Universo y Muestra**

En la presente investigación el universo fue de 450 madres, promedio determinado de las madres que asisten mensualmente a los Centros de Salud establecidos, de acuerdo



a la información obtenida por el personal de Estadística de los diferentes establecimientos. La muestra es de tipo probabilístico aleatorio simple, esta investigación constó de 212 madres, pertenecientes a los Centros de salud número 1, número 4, Obrero Independiente y El Placer en la ciudad de Quito, la cual se obtuvo a partir de una calculadora muestral con un 95% de nivel de confianza y un 5% de error. La participación en la investigación se realizó de manera voluntaria.

#### **1.4.3 Fuentes técnicas e instrumentos**

- **Fuentes primarias**

La recolección de datos del presente estudio se realizó por medio de dos encuestas previamente validadas en Azuay – Ecuador y Chile, donde la información fue directamente obtenida de las madres a las que se les aplicó dicha encuesta (Anexo 2).

- **Fuentes secundarias**

El presente estudio cuenta con información obtenida de libros, artículos científicos, bibliotecas virtuales, que sirvieron de sustento y apoyo para la investigación.

- **Fuentes técnicas**

Se aplicó una encuesta adaptada a las necesidades del estudio, donde se encontraron preguntas de opción múltiple acerca de conocimientos sobre lactancia materna y prácticas de lactancia materna para evaluar el nivel de conocimiento de las madres que asisten a los centros de salud número 1, número 4, Obrero Independiente y El Placer de la ciudad de Quito.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



- **Análisis de la información**

En el presente estudio se realizaron análisis descriptivos para categorizar la población. Dicho proceso fue realizado en el programa Microsoft Excel para la representación gráfica de los resultados mediante el uso de barras.

Al ingresar los datos en Excel para simplificar la información, se reemplazaron algunas respuestas por números, como se detalla a continuación:

- ✓ En preguntas donde la respuesta era SI, se reemplazó con el número 1; en preguntas donde la respuesta era NO, se reemplazó con el número 2.
- ✓ En las siguientes preguntas, se reemplazó las respuestas por números:

- El calostro es:

El tipo de leche que sale del pecho durante los primeros días (después del parto) con mayor defensas	1
Un líquido que sale del pecho que debe ser desechado por que es sucio y antihigiénico	2
El tipo de leche que sale del pecho que tiene menos defensas y nutrientes	3
No sé	4

- A qué edad se debe incorporar otros alimentos al niño/a, además de la leche materna

A los 3 meses	1	A los 6 meses	2
A los 4 meses	3	Al año	4
A los 5 meses	5	Otros (especificar)	6

- ✓ El resto de respuestas se expresaron como estaban en la encuesta.



## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

### Hipótesis

El presente estudio no relaciona variables, sino más bien es una descripción general sobre el conocimiento, actitudes y prácticas que presentan las madres. Dicho estudio no pretende demostrar o comparar teorías existentes, por lo que no existe hipótesis.

### 2.1 Apego Precoz y Lactancia Materna

#### 2.1.1 Apego precoz

La razón por la que se debe realizar el apego precoz se basa en estudios hechos en animales, donde se demostró que algunas conductas innatas, las cuales son importantes para la supervivencia de los neonatos dependen del hábitat en el que se encuentren (Herrera, 2013). En cuanto la biología que presentan los mamíferos, es necesario el mantenimiento del medio materno, ya que esto promueve las conductas innatas del recién nacido y la madre, produciendo una lactancia satisfactoria y por lo tanto esto implica de igual manera que se dé la supervivencia (Herrera, 2013).

Actualmente se realizan dos prácticas una vez que el niño nace, las cuales son de muy bajo costo y crean un gran efecto en la salud infantil. La primera es el clampeo o pinzamiento oportuno del cordón umbilical, se debe esperar a que este deje de latir para proceder al pinzamiento, durante este tiempo que es alrededor de 2 a 3 minutos, el recién nacido puede permanecer en brazos del personal que atiende el parto o en el pecho de su madre (PAHO, 2012).

Posteriormente se realiza la siguiente práctica la cual es el apego precoz, este consiste en la técnica de colocar al recién nacido desnudo y boca abajo o posición decúbito ventral, sobre el pecho desnudo de su madre (piel con piel) (Herrera, 2013). En

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



este procedimiento mediante estímulos sensoriales como el tacto, el olor y el calor, se produce un estimulante vagal, el cual crea algunos efectos como es la liberación de oxitocina materna (Herrera, 2013). La oxitocina ocasiona un aumento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo cual provee calor al neonato, de igual manera disminuye la ansiedad materna antagonizando el efecto de la lucha/huida, e incrementa la receptibilidad social y la tranquilidad (Herrera, 2013).

Cuando es un recién nacido a término o pre término tardío, cuando no existe dificultad para llorar o respirar, cuando el líquido amniótico es claro y de igual manera cuando el neonato presenta un buen tono muscular se puede realizar la técnica del apego precoz (Herrera, 2013). Se procede a secar suavemente su dorso con un paño precalentado a excepción de los puños para mantener el olor a líquido amniótico, ya que el pezón de la madre presenta el mismo olor, permitiéndole guiarse hasta la areola (Herrera, 2013). Se lo ubica en la posición adecuada piel con piel con la madre, se procede a colocar un pañuelo seco y caliente que cubra tanto a la madre como al recién nacido, sin tapar los hombros de este y así se realice el contacto visual entre madre e hijo (PAHO, 2012). El neonato empieza a deslizarse hacia los pechos de la madre, a través de movimientos de flexión- extensión de las extremidades inferiores, con pataleo y cabeceo, poniendo en práctica los reflejos de búsqueda y succión del puño, hasta alcanzar la areola, una vez que siente el olor del pecho materno, este comienza a salivar como una preparación para la primera lactada (PAHO, 2012). Poco a poco el recién nacido alcanza el pezón y lo estimula con la boca, finalmente logra succionar el calostro (PAHO, 2012). La duración en el 90% de los casos es de aproximadamente 70 minutos (Herrera, 2013). También se puede realizar cuando existen cesáreas programadas, con el apoyo del personal de salud. Si la madre presenta un estado que no le permite realizar el apego precoz, se puede realizar el procedimiento con el padre, una vez que la madre se encuentre en condiciones de hacerlo, se realizará el contacto piel con piel lo más rápido posible (Herrera, 2013).

Durante las dos primeras horas después del nacimiento se da el periodo sensitivo, en el cual se dan los primeros pasos del apego, el neonato se encuentra en una



etapa de alerta tranquila, la cual proviene de la producción de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento del olor materno y permite crear el vínculo y la adaptación del ambiente postnatal (Herrera, 2013). Este proceso irá mejorando con el paso de los días, hasta formar el mayor lazo afectivo que se da entre madre-hijo, el cual será un vínculo que durara toda la vida (Pinto, 2007).

### 2.1.2 Definición de Lactancia Materna

Según la OMS la lactancia materna exclusiva es el tipo de alimentación por medio de la cual se ofrece de manera exclusiva el seno materno para alimentar a los neonatos sin inclusión de ningún otro tipo de alimento, incluso agua (Estrada, Amargós, Reyes, & Guevara, 2008). Tanto la OMS como la UNICEF, promueven y apoyan la lactancia materna debido a los beneficios importantes que presenta tanto para la madre, el niño y el impacto positivo que estos representan a corto y largo plazo (Estrada et al., 2008). Entre los beneficios más importantes encontramos la disminución de la morbilidad infantil, donde la UNICEF reporta que anualmente mueren 1,5 millones de lactantes por no haber sido amamantados lo suficiente (Estrada et al., 2008).

### 2.1.3 Clasificación de la lactancia materna

- **Lactancia materna inmediata “inicio temprano de la lactancia materna”:** Consiste en proporcionar leche materna al lactante durante la primera hora de vida, con el fin de que reciba el calostro (primera leche), la cual es rica en nutrientes y factores de protección (OMS, 2015).
- **Lactancia materna exclusiva:** Esta consiste en dar al bebé únicamente leche materna, sin necesidad de incluir otros líquidos e incluso agua durante los primeros 6 meses de vida, con excepción de soluciones rehidratantes o medicamentos en gotas o jarabes (OMS, 2015).
- **Lactancia materna continua:** Es la lactancia que se mantiene hasta los dos años de vida del lactante, como fuente importante de energía y nutrientes esenciales para el crecimiento (OMS, 2015).



### **2.1.4 Importancia de la Lactancia Materna**

La leche materna se adapta a las necesidades de desarrollo del niño, ya que brinda un aporte de nutrientes adecuado (Vera, J., & Guerrero, J. 2013). De igual manera una importante carga inmunológica que lo protege contra infecciones como diarrea y neumonía que son consideradas entre las principales causas de morbilidad en los niños menores de cinco años (Vera, J., & Guerrero, J. 2013).

### **2.1.5 Marco Legal de Lactancia Materna en Ecuador**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (2012), indica lo siguiente:

#### **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

##### **Ley orgánica de salud (2006)**

**Art. 17:** “La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del sistema nacional de salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño/a, procurando su prolongación hasta los 2 años de edad.”

##### **Código de la niñez y la adolescencia (2003)**

**Art. 24:** Derecho a la lactancia materna: “Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna. ”

**Art. 27:** “El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

9. Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre. ”
10. “El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas”.



**Política nacional de lactancia materna, Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Inclusión Económica y Social (2009)**

1. Fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida de niños y niñas.
2. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante:
  - (a) El cumplimiento obligatorio del apego precoz dentro de los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de salud pública y de la red complementaria que atiende los partos.
  - (b) El cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud pública y de la red complementaria que atiende los partos y recién nacidos.

**Ley reformativa a la ley de maternidad gratuita. Ecuador, registro oficial N° 381**

Quito, registro oficial 10 de agosto 1998: “La lactancia materna debe ser precoz, exclusiva, mandataria y a libre demanda”

**Ley de fomento, apoyo y protección de la lactancia materna (1995)**

Art. 1: “La lactancia materna es un derecho natural del niño/a y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”.

**Consejo nacional de la niñez y la adolescencia – plan nacional decenal integral a la niñez y adolescencia (Quito. Mayo, 2004)**

- **Política 1:** Protección y cuidado de la salud de la mujer en edad reproductiva mediante la atención gratuita y universal durante el embarazo, parto y postparto.
- **Política 2:** Garantizar una vida saludable a los niños y niñas menores de 6 años



- **Política 4:** Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

#### **Política de Lactancia Materna**

La lactancia materna es la manera mas rápida, segura y económica de alimentación para el recién nacido (MSP, 2012). Dicha práctica favorece la vinculación afectiva madre e hijo, por esta razón y distintos beneficios que se nombraran mas adelante, la lactancia debe iniciarse lo antes posible (MSP, 2012).

La disminución de la lactancia materna es multicausal, ya que en esta influye factores sociales, económicos y culturales (MSP, 2012). La OMS indica que aproximadamente el 97% de las madres son fisiológicamente capaces de amamantar a los niños y el porcentaje restante es un reflejo del fallo en el manejo de la lactancia (MSP, 2012).

En los países industrializados así como en los de vías de desarrollo la tendencia a la lactancia artificial fue en aumento, desplazando a la lactancia materna natural (MSP, 2012). Frente a este panorama la OMS en conjunto con la UNICEF en 1979 plantean una reunión de la cual surge el código de comercialización de los sucedáneos de leche materna, con el objetivo de controlar prácticas inadecuadas de mercado de la leche artificial (MSP, 2012). A pesar de lo mencionado, no se cumplieron las normas establecidas y la lactancia materna natural siguió en decadencia.

Es así como en 1989 la OMS y La UNICEF publican la declaración conjunta “Protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna”. Con el objetivo de dar prioridad a las necesidades de la madre y el recién nacido, se lanza la iniciativa del Hospital Amigo de los Niños (MSP, 2012).

#### **Declaración de intenciones de la política**

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (2012), declara lo siguiente:

- Mantenimiento de las madres junto a sus hijos, siempre que sea posible, las 24 horas del día.



- Realizando la puesta pecho a pecho lo antes posible después del parto
- Amamantado sin horario
- Evitando los chupetes, chupones.
- Es aconsejable rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta en el hospital, acerca de sucedáneos de leche materna.
- Capacitar al personal del área de partos mediante cursos teóricos prácticos, para tratar con madres y niños.

## **2.1.6 Hospital Amigo del Niño**

### ***2.1.6.1 Iniciativa Hospital Amigo Del Niño (IHAN)***

La iniciativa del Hospital Amigo del Niño es una estrategia que se implementa para promover la lactancia materna y en consecuencia disminuir la morbimortalidad infantil (MSP, 2013).

Según la OMS, si se realiza la práctica correcta de la lactancia materna se podrían evitar un millón y medio de muertes en el grupo de los menores de 5 años de edad (UNICEF, 2015). La encuesta ENDEMAIN, realizada en el año 2004 refleja que solo el 26,4% de niños y niñas inician la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, en tanto que el 73,6% la inicia en el primer día (Fuenmayor, 2008).

Para que la lactancia materna se dé y mantenga de manera exitosa, es indispensable empezar con la promoción de la misma durante el periodo de gestación y que el ambiente, información y atención que brinde el hospital donde se lleve a cabo el parto presente las condiciones idóneas para el desarrollo de la lactancia materna como lo especifica la estrategia del IHAN (Fuenmayor, 2008).

Dentro del país entre el periodo comprendido en los años 1993 y 2000 se acreditaron 115 de 141 hospitales públicos y privados como Hospitales Amigos del Niño. Para que

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



un hospital reciba la acreditación como IHAN, este debe cumplir los siguientes 10 pasos que se especifican a continuación (Fuenmayor, 2008).

**2.1.6.2 Pasos para una lactancia exitosa y cumplimiento del código de sucedáneos de la leche materna**

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

**TABLA 1. PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Disponer de una política por escrito relativa a lactancia materna natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitar al personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente del parto</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica</li></ul>

**Fuente:** (Fuenmayor, 2008)



**TABLA2. PACIENTES CON VIH POSITIVO EN EL CONTEXTO DE IHAN**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollar o revisar la norma nacional integral sobre alimentación del lactante y del niño/a pequeño que incluya VIH y alimentación infantil.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementar y hacer cumplir el código internacional de sucedáneos de la leche materna.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intensificar esfuerzos para proteger, promover y apoyar prácticas adecuadas de alimentación del lactante.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar apoyo adecuado a las mujeres con VIH positivo, para permitirles la elección de la mejor opción de alimentación infantil y finalmente aplicar con éxito la decisión tomada.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoyo a la investigación en cuanto a VIH y alimentación infantil, incluyendo investigación operativa, aprendizaje, documentación de lecciones aprendidas, monitoreo y evaluación a todo nivel y disseminación de resultados.</li></ul>

**Fuente:** (Fuenmayor, 2008)

Fuenmayor (2008) determinó los siguientes pasos para que se dé una lactancia exitosa:

**Paso 1. Cumplimiento de las políticas nacionales de lactancia materna**

**“El establecimiento debe contar con la Política Nacional de Lactancia Materna por escrito y se pondrá en conocimiento del Personal del establecimiento continuamente”.**

Para que el establecimiento de salud reciba la acreditación como IHAN, debe cumplir con las políticas nacionales de lactancia materna:

- Fomente la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad.
- Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia.



- Impulsar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

De igual manera se realizará el monitoreo de los resultados obtenidos a partir de la implementación de la misma, con el objetivo de realizar mejoras o correcciones.

### **Paso 2: Capacitación del personal**

**“El personal del establecimiento deberá capacitarse para brindar apoyo en la práctica de lactancia”**

El personal de la institución que se encuentre en contacto con las madres y niños recibirá una capacitación por parte de los técnicos del Ministerio de Salud Pública para promoción y apoyo de la lactancia materna e incluir práctica clínica supervisada. La persona capacitada adquirirá conocimientos y habilidades para implementar en el servicio de salud la lactancia precoz y fomento de la misma. Dicho curso le permite al personal aprender y aplicar los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa y apoyar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, así como también formas correctas de comunicación con las madres.

Los temas a tratar en el curso de capacitación incluye:

- Ventajas de la lactancia materna.
- Riesgos y desventajas de la lactancia artificial.
- Preguntas y dudas frecuentes de la lactancia.
- Guías prácticas de cómo iniciar y mantener la lactancia.
- Posiciones y agarre adecuado.
- Evaluación de la lactancia.
- Cambio de actitudes negativas que funcionan como barrera en la práctica de la lactancia materna.



### **Paso 3: Información sobre la lactancia materna**

#### **“Informar a toda mujer embarazada acerca de los beneficios y manejo de la lactancia”**

Este paso tiene la finalidad de brindar información a las madres y mujeres embarazadas sobre los beneficios y prácticas adecuadas de lactancia materna, consejería durante el periodo perinatal destacando la importancia de la lactancia precoz y la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses de vida, así como la lactancia continua hasta los dos años. De igual manera se debe hablar sobre el alojamiento conjunto y adecuada posición y agarre del bebé.

Las madres también deberán ser informadas sobre los riesgos de alimentación artificial como el uso de biberones. De igual manera debe darse información acerca del VIH (amamantamiento, test, prevención de transmisión y alimentación en mujeres VIH positivas)

### **Paso 4: Inicio temprano de la lactancia**

#### **“Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primera hora después del parto ”**

El fracaso de la lactancia materna se ve influenciada por prácticas inadecuadas dentro de los establecimientos de salud como, separar al recién nacido de su madre posterior al parto, no colocar al bebé en el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento, en algunos casos pasan horas e incluso días hasta que se entregue el bebé a su madre.

Es por esta razón que se debe incentivar a las madres para que inicien la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, el apego precoz (contacto piel con piel).

Y de igual manera el alojamiento conjunto (él bebe permanece junto a su madre todo el tiempo). Dichas prácticas son de vital importancia para reducir la mortalidad neonatal, de igual manera el inicio temprano de la lactancia materna (dentro de la



primera hora), que se deriva del apego piel a piel presenta efectos positivos en el mantenimiento de la lactancia materna.

#### Intervenciones del personal de salud

- Colocar al niño o niña sobre el pecho de la madre piel a piel.
- Permitir que el recién nacido o la recién nacida succione el pezón de la madre.
- Realizar alojamiento conjunto.

#### **Paso 5: Técnica de amamantamiento.**

**“Mostrar a las madres como amamantar y cómo mantener la lactancia en caso de separación de sus bebés”.**

- El objetivo de este paso es promover la lactancia materna como el único alimento para el recién nacido.
- Prohibir el uso de agua glucosada, suero oral y sucedáneos de leche materna para probar tolerancia. (La suplementación temprana con fórmula hace que la toma natural de leche materna disminuya, lo que por falta de estímulo de succión hace que el flujo de leche sea tardío y escaso).

#### **Paso 6: Brindar únicamente leche materna**

**“No dar al recién nacido otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que este médicamente indicado”.**

La madre deberá permanecer día y noche con su bebé, es así como ella podrá identificar señales de hambre por parte del niño y realizar el amamantamiento de forma adecuada y en las tomas que el bebé requiera.

#### **Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto**

**“Practicar el alojamiento conjunto las 24 horas del día”**

Esta práctica brinda beneficios para la práctica de lactancia materna a libre demanda, así como para el desarrollo de la relación afectiva entre la madre y el hijo. Por otra parte



reduce el riesgo de infecciones en el recién nacido por contacto cercano con otros niños y niñas.

### **Paso 8: Lactancia a demanda**

#### **“Alentar a las madres a amamantar a demanda”**

La alimentación del recién nacido debe ser a libre demandada, respetando así las necesidades del bebé. De esta manera se favorece una producción de leche en cantidades adecuadas.

### **Paso 9: No dar biberones ni chupones**

#### **“No dar biberones ni chupones de distracción a bebés que amamantan”**

El uso de biberones expone al bebé a un mayor riesgo de contraer infecciones, reducen el tiempo y modifican el tipo de succión al pecho. También interfieren en la dinámica oral, producen otitis, mala oclusión dental. El uso de estos disminuye la producción de leche por falta de estímulo de succión e incluso puede llevar al abandono de la lactancia.

### **Paso 10: Grupos de apoyo a la lactancia**

#### **“Formar grupos de apoyo a la lactancia materna y referir a las madres a estos grupos en el momento de alta en el hospital o clínica”**

El objetivo es proporcionar a las madres un lugar donde puedan recibir consejería, apoyo e información y de igual manera evaluar las habilidades de las madres en el manejo de la lactancia.

## **2.2 Conocimientos en lactancia materna**

### **2.2.1 Definición**

El conocimiento se define como la suma de hechos, principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida del individuo como resultado de experiencias y aprendizaje, que origina cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades de la persona (Vásquez, R. 2012). En relación a la lactancia materna se puede decir que



el conocimiento es toda la información que posee la madre acerca de la lactancia, donde se incluye frecuencia, duración, beneficios para el niño y la madre e importancia de la misma (Vásquez, R. 2012).

## 2.2.2 Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna trae consigo beneficios a corto y a largo plazo tanto para la madre y el niño. De igual manera se observan beneficios socioeconómicos y a nivel familiar ya que esta representa un menor costo económico, no requiere la utilización de materiales como plástico o vidrio para su preparación y por ende no produce desechos contaminantes. Entre los beneficios más importantes se detallan a continuación los siguientes:

### 2.2.2.1 Beneficios para el niño

#### 2.2.2.1.1 Beneficios a corto plazo

- **Protección frente a infecciones y enfermedades (respiratorias, gastrointestinales, otitis media y enterocolitis necrotizante):** La leche materna posee elementos inmunológicos entre los que se encuentran los linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos, de igual manera células fuente de síntesis de moléculas efectoras de función inmune como la lactoferrina, lisozima, prostaglandinas, inmunoglobulina A secretora (IgAs), Ig D, Ig E, Ig G, Ig M e interferón-alfa (IFN- $\alpha$ ). Dichos elementos cubren el revestimiento inmaduro del tracto digestivo, lo que evita la adherencia de patógenos, virus, bacterias (Landau, 2005).
- **Favorece el crecimiento ya que la leche materna se encuentra adaptada a las necesidades del niño:** La leche materna contiene la cantidad adecuada de macro y micronutrientes, componentes que favorecen el desarrollo adecuado del niño ya que cubre con los requerimientos que el bebé necesita (Castillo-Durán, Balboa C., Torrejón S., Bascuñán G., & Uauy D., 2013).

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**TABLA 3. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA**

<b>Agua</b>	88 %
<b>Carbohidratos ( 70 g/L)</b>	Galactosa, fructosa, glucosamina
<b>Lípidos</b>	(35 – 45 g/L)
<b>Proteínas (caseína 40 %)</b> <b>Proteínas de suero (60%)</b>	<u>Proteínas de suero:</u> lacto albúmina, sero albúmina, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, moduladores de crecimiento, hormonas, prostaglandinas.
<b>Minerales</b>	Calcio, hierro, magnesio, cobre, zinc, fosforo, calcio, flúor.
<b>Vitaminas</b>	Liposolubles (A,D,E,K) Hidrosolubles (Complejo B, vit. C)

**Fuente:** (García-López, 2011)

**Calostro**

El calostro se produce durante los primeros 4 días post parto, es de color amarillo y su volumen aumenta 100 ml/día los tres primeros días (García-López, 2011). Este presenta una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, lípidos y vitaminas liposolubles (García-López, 2011). El calostro contiene 5 tipos de inmunoglobulinas y la más importante es la Ig A (García-López, 2011).



### **Leche de transición**

Se produce entre el día 4 y 10 postparto en una cantidad de 600 a 750 ml/día (García-López, 2011). Esta presenta una mayor cantidad de grasa, lactosa, vitaminas hidrosolubles en relación al calostro, así como también disminuye las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles (García-López, 2011).

### **Leche madura**

Se produce a partir de día 10 en una cantidad de 700 a 800 ml/día (García-López, 2011). Contiene una alta concentración de proteínas, grasa y un 90% de su volumen es agua (García-López, 2011).

- **Favorece el desarrollo inmunológico:** Presenta linfocitos T y B, factores de crecimiento y citoquinas, las cuales ayudan a la diferenciación y producción de anticuerpos de tipo IgA, protegiendo de ciertos patógenos que pueden penetrar el tracto digestivo y respiratorio del infante (De la Vega, Pérez, & Bezos, 2010) (La Rosa & Gómez, 2013)
- **Favorece la flora intestinal no patógena:** La leche materna favorece la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, lo que presenta un factor protector contra el crecimiento de bacterias relacionadas con afecciones intestinales (MedlinePlus, 2015).
- **Favorece el vínculo afectivo madre e hijo y aumenta la autoestima, seguridad del niño:** La lactancia favorece dichos aspectos al momento de succionar además del alimento, el bebé encuentra protección, consuelo e incluso alivio durante procedimientos dolorosos (Díaz, 2005).
- **Previene la intolerancia a la leche:** El consumo de leche materna actúa como un mecanismo inmunitario de tolerancia oral, permitiendo el ingreso de antígenos alimentarios (proteína de leche de vaca) sin crear respuestas inmunológicas. La leche materna influye en la formación adecuada de la micro flora intestinal, y por la presencia de Inmunoglobulinas A, estos actúan como un sistema de defensa



contra antígenos alimentarios. A demás esta aporta una mínima cantidad de alérgenos (Orsi et al., 2009).

#### 2.2.2.1.2 Beneficios a largo plazo para el niño

- **Protección contra enfermedad celiaca:** Se considera que continuar con la lactancia materna una vez que el niño empieza a consumir alimentos con gluten, disminuiría la cantidad administrada de este. Los anticuerpos de la Inmunoglobulina A que contiene la leche materna podría reducir la respuesta inmune contra el gluten (Ludvigsson & Fasano, 2012).
- **Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) y Diabetes Mellitus tipo 2(DM2):** El gen del factor de transcripción del receptor activado-gamma proliferador de peroxisomas (PPARgamma-2) se expresa en el tejido adiposo y regula los procesos de diferenciación y expresión génica en los adipocitos e interviene en el metabolismo de la glucosa y de los lípidos (Bueno, Bueno, Soler, Gallego, & Ral, 2012).  
Dos polimorfismos de este gen han sido identificados, entre los que destacan los genotipos Pro12Ala y Ala12Ala. El primero de estos se asocia con más altos IMC durante la adolescencia y un riesgo más bajo de diabetes tipo 2 en el adulto (Bueno et al., 2012).  
La lactancia materna controla el efecto deletéreo del polimorfismo PPAR gamma-2 Pro12Ala sobre parámetros antropométricos independientemente de la duración de la lactancia materna (Bueno et al., 2012).
- **Menor riesgo de obesidad:** Durante la lactancia materna exclusiva, se dan cambios en la composición de la leche materna, produciendo saciedad por la liberación de leptina y ghrelina (Jarpa, Cerda, Terrazas, & Cano, 2015); se establece la formación de procesos metabólicos en el lactante; de igual manera modifica el número y el tamaño de los adipocitos. También es posible que los lactantes que reciben leche materna a diferencia de biberón, desarrollen una



mayor autorregulación de ingesta, disminuyendo el riesgo de sobrepeso y obesidad (Basain, Pacheco, Valdés, Pieiga, & Maturell, 2015).

Existe una diferencia de ingesta proteica entre los niños alimentados con seno materno y con fórmulas artificiales. La ingesta proteica que supere las necesidades metabólicas del bebé estimula la secreción de insulina y de la IGF-1, que aumentan el crecimiento y la actividad adipógena durante los primeros 2 años de vida y la aparición de sobrepeso y obesidad en edades posteriores

#### 2.2.2.1.3 Beneficios de la leche materna en recién nacidos pre término

- **Alimento idóneo para el R.N. pre término, cantidad de nutrientes adecuada:**

La leche materna producida se adapta a las condiciones del niño pre término para brindarle la mejor nutrición. Dicha leche contiene menor cantidad de lactosa y mayor cantidad de inmunoglobulina A, lactoferrina y proteínas (Landau, 2005).

- **Presenta fácil digestibilidad y absorción de principios inmediatos:**

La leche materna presenta concentraciones adecuadas de macronutrientes (Proteínas, grasas y carbohidratos), lo que la hace que se digiera con facilidad y que todos sus nutrientes se aprovechen al máximo sin producir ningún tipo de sobrecarga renal o estreñimiento (Bueno et al., 2012).

- **Maduración más rápida del tracto gastrointestinal:**

La leche materna interviene en la maduración del tracto gastrointestinal por medio de elementos como la Inmunoglobulina A, lactobacilos Bifidus y el factor de crecimiento epidérmico (Vásquez, 2012).

- **Mejora la función de la retina y desarrollo cognitivo:**

La leche materna está compuesta por lípidos de los cuales el 88 % son ácidos grasos poliinsaturados como son el docosahexaenóico (DHA), eicosapentanóico (EPA) y araquidónico (AA), los cuales son metabólicamente importantes para el desarrollo visual y cognitivo (Castillo-Durán et al., 2013).



### 2.2.2.2 *Beneficios para la madre*

- **Reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario:** La lactancia materna presenta efectos positivos en la diferenciación del epitelio mamario y en la reducción de estrógenos, hormona cuyo efecto se relaciona con efectos de cáncer de mama y ovario (Cobo, 2012).
- **Ayuda a recuperar el peso anterior al parto:** Gracias a la lactancia materna se evita acúmulos de leptina en el organismo de la madre, lo cual ayuda a tener reservas de grasa adecuada y de igual manera promueve a la pérdida de peso que se ganó durante el embarazo (Becerra, Bohórquez, & Rodríguez, 2015). Para una producción media de 850 ml de leche, se realiza un proceso metabólico que requiere entre 200 a 500 Kcal al día, lo cual ayuda a la pérdida de peso de la madre (Pacora & Ruiz, 2005).
- **Mejora la salud emocional:** Debido a que los niveles de leptina son más bajos durante la lactancia, se relaciona con bajos niveles de depresión y ansiedad posparto, gracias a que se requiere para regular los estados de ánimo de la madre (Becerra et al., 2015).

### 2.2.3 Riesgo de no recibir lactancia materna

- **Mayor riesgo de mortalidad:** Los menores que no reciben lactancia materna presentan casi 6 veces más probabilidades de presentar enfermedades infecciosas en comparación con los menores que si reciben lactancia materna, siendo esta una posible causa de mortalidad (OMS, 2011).
- **Mayor riesgo a presentar enfermedades agudas:** Los menores que sí reciben lactancia materna, tienen menor posibilidad de desarrollar diarrea, infecciones respiratorias, infecciones de oído medio y otras enfermedades agudas en comparación con los bebés que no son amamantados (OMS. 2011).



- **Mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas:** La lactancia materna ofrece beneficios a largo plazo relacionado con enfermedades crónicas. Se ha demostrado que personas adultas que recibieron lactancia materna, presentan menor prevalencia de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, valores más bajos de presión arterial y también de colesterol sérico (OMS. 2011).
- **Menor desarrollo cognitivo:** Se ha demostrado que los recién nacidos que reciben lactancia materna por mayor tiempo presentan un mayor desarrollo cognitivo en relación con los recién nacidos que recibieron lactancia materna por un corto periodo, indicando que el coeficiente intelectual presenta una mejoría en un promedio de 6 puntos (OMS. 2011).

## 2.2.4 Posturas para la lactancia materna

### *Posición correcta para la lactancia materna*

La posición que se adopte para la lactancia es de suma importancia, ya que esta garantiza que el flujo de leche que recibe el niño sea adecuado además evita que la madre presente problemas como grietas y pezones dolorosos (Viñas Vidal, 2011).

Al momento de lactar el cuerpo del niño debe encontrarse en íntimo contacto con el de la madre “vientre contra vientre”, la cara y los hombros del niño tienen que estar frente al pecho de la madre de forma que su boca se encuentre a la altura del pezón y no tenga que girar la cabeza o nariz para alcanzarlo. Colocada la boca en el pecho, la lengua del bebé debe estar por debajo del pezón y con un movimiento ondulante se exprime la leche de la glandula mamaria. Durante dicho proceso las mejillas no se hunden y en cada succión la mandíbula asciende para comprimir el pecho, posteriormente se relaja y la misma desciende (Viñas Vidal, 2011) & (FAO, 2009)



La cabeza del bebé se debe colocar sobre el codo y su espalda sobre el antebrazo, con la otra mano se sujeta el pecho en forma de “C” sin hacer presión o colocar los dedos en forma de tijera, ya que esto empuja la glándula mamaria hacia atrás y evita que el niño pueda agarrar de manera adecuada el pezón (Vásquez, 2012).

### *Posturas para dar el pecho*

Entre las posturas para dar el pecho encontramos la sentada clásica, sentada inversa y acostada (Anexo 1).

- **Sentada clásica:** En esta posición se mantiene la espalda apoyada sobre un respaldo al igual que los brazos y los pies apoyados en un taburete (Viñas Vidal, 2011). Para las mujeres de pecho pequeño se puede utilizar una almohada sobre las piernas para elevar al lactante (Viñas Vidal, 2011).
- **Semi sentada:** Esta posición consiste en sostener la espalda con una o dos almohadas para que esta quede recta y las piernas se encuentren levemente dobladas, ubicando al lactante sobre el torax de la madre (Viñas Vidal, 2011).
- **Postura debajo del brazo (de sandía):** El lactante es sostenido sobre el antebrazo de la madre, el cuerpo va hacia atrás y la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado (Viñas Vidal, 2011). Se colocan almohadas para sostener el peso del cuerpo del niño (Viñas Vidal, 2011).
- **Postura inversa:** Esta postura es menos conocida, se recomienda después de una cesárea o para amamantar gemelos de forma simultánea (Viñas Vidal, 2011).
- **Acostada:** Posterior a una cesárea esta posición es adecuada, evita producir mas dolor y de igual manera es cómoda para las tomas nocturnas (Viñas Vidal, 2011).

Es importante que durante el periodo de lactancia las madres vayan alternando las distintas posturas hasta encontrar la que les resulte mejor en cuanto a comodidad y



bienestar tanto para ella, el bebé y de esta manera garantizar un adecuado flujo, salida de leche y evitar molestias para la madre y el lactante (Viñas Vidal, 2011).

### ***Desventajas del uso de biberón***

Cuando el niño toma leche por medio de un biberón no realiza el movimiento ondulante que se produce cuando se da el pecho materno, en este caso solo se presiona la tetina y luego se libera para que se pueda volver a llenar. Las mejillas del bebé se hunden y apenas hace un esfuerzo en tomar el biberón, lo que no sucede con el seno materno. Es por esta razón que el bebé que ha tomado leche con biberón puede rechazar el seno debido al mayor esfuerzo que debe realizar (FAO, 2009).

De igual manera cuando se utiliza biberón se da una succión equivocada o incorrecta, lo que puede causar problemas para la madre (mordeduras, dolor) y evitar que la leche salga en adecuada cantidad (Viñas Vidal, 2011).

## **2.2.5 Horarios y frecuencia de cada toma**

### ***Horario de las tomas***

Lo más recomendable es dar de lactar a libre demanda y no fijar un horario rígido, ya que la lactancia a demanda, flexible, es más funcional y permite cubrir las necesidades requeridas para cada lactante, permitiendo al lactante por sí mismo regular la frecuencia de las tomas, debido que si recibe poco alimento, el mismo puede aumentar el número de tomas, consiguiendo una mejor ganancia de peso y que de igual manera se dé una duración más prolongada de la lactancia materna (Viñas Vidal, 2011). Mientras que si se establece un horario rígido, no se podrá cubrir las necesidades del lactante y este quedará con hambre (Viñas Vidal, 2011).

El número de tomas varía dependiendo las necesidades de cada lactante y la producción de leche de cada madre. En el primer mes, se da un promedio de 8 a 12 tomas diarias. Es recomendable dar tomas diurnas con frecuencia; las tomas nocturnas



también son necesarias, especialmente durante el primer mes, ya que son aconsejadas para conseguir una buena producción de leche (FAO, 2009).

### ***Duración de cada toma***

La duración de cada toma se determina por el lactante, por lo general se limita a 10 minutos por pecho. La producción de leche depende del vaciado adecuado de cada pecho, por lo que no se debe limitar las tomas, debido a que esto ocasiona un vaciado incompleto de los pechos, siendo lo más aconsejable alargar la toma máximo hasta 20 minutos por pecho. Cada lactante lo logra en un tiempo diferente, consiguiéndolo algunos en 5 minutos y otros tardan hasta 20 minutos para conseguirlo (Viñas Vidal, 2011).

## **2.3 Prácticas adecuadas de lactancia materna en Ecuador**

### **2.3.1 Definición**

La práctica se define como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continua de cierta actividad. La práctica en lactancia materna es la respuesta sobre la forma como ella otorga la lactancia materna al niño (Vásquez, R. 2012)

### **2.3.2 Inicio temprano de la lactancia materna**

La lactancia materna dentro de la primera hora de vida se encuentra asociada directamente con la reducción de todas las causas de mortalidad neonatal. Entre los mecanismos asociados a la reducción de la mortalidad neonatal se encuentran, la estimulación temprana del sistema inmune del recién nacido a elevados niveles de inmunoglobulinas y linfocitos contenidas en el calostro (primera leche producida). El inicio temprano de la lactancia materna (dentro de la primera hora), que se deriva del apego piel a piel presenta efectos positivos en el mantenimiento de la lactancia materna (Khanal, Scott, Lee, Karkee, & Binns, 2015)..



### **2.3.3 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida**

El mantener la lactancia materna exclusiva durante este periodo de tiempo presenta beneficios en el niño, ya que la leche materna contiene los nutrientes necesarios para un adecuado desarrollo, protegiendo al lactante de enfermedades comunes que se presentan en esta etapa como la diarrea, neumonía. También existen beneficios a largo plazo como un menor riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad durante la infancia y adolescencia (OMS, 2015).

### **2.3.4 Duración media de la lactancia materna**

La OMS recomienda que la lactancia materna dure 24 meses y si es posible que se prolongue más tiempo. Se ha demostrado que a mayor duración de la lactancia materna existe un mayor crecimiento lineal, reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares en edad adulta, la obesidad (Fuenmayor, 2008).

Evidencia científica demuestra que la lactancia materna hasta el segundo año de vida del lactante, aporta el 40% de las necesidades de energía que requiere el menor, además del 45% de vitamina A y el 100% de vitamina C (Fuenmayor, 2008).

## **2.4 Actitudes en lactancia materna**

### **2.4.1 Definición**

La actitud se define como la predisposición de una persona para responder de una manera determinada frente a una situación o estímulo después de haberlo evaluado positiva o negativamente (Vásquez, R. 2012). En el contexto de la lactancia materna la actitud es la disposición mental de la madre hacia la práctica de lactancia, la misma que en este caso puede ser positiva, negativa.



## **2.4.2 Creencias de la lactancia materna en el Ecuador**

Diversas creencias de la madre que se desarrollan de acuerdo a su nivel de instrucción, cultura, ambiente en el que se desarrollan, pueden influir de manera positiva o negativa en el desarrollo de la práctica de la lactancia materna.

### **2.4.2.1 Creencias sobre la madre**

- Las mujeres con pechos pequeños no pueden amamantar: Independientemente del tamaño de los pechos, toda madre puede dar de lactar (UNICEF, s.f.).
- No todas las mujeres producen leche de buena calidad y en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del niño: Todas las mujeres tienen la capacidad de producir leche de buena calidad y en la cantidad suficiente, ya que mientras más se da de lactar más cantidad se produce (UNICEF, s.f.).
- La madre no puede consumir algunos alimentos durante la lactancia: Durante el periodo de gestación y lactancia, la madre necesita una alimentación equilibrada. No existen alimentos que aumentan o disminuyen la cantidad de leche (UNICEF, s.f.).
- Cuando la madre está enojada o asustada no debe dar de lactar: El estrés o miedo extremo produce una disminución del flujo de leche, siendo una respuesta temporal del organismo por la ansiedad que presenta (UNICEF, s.f.).
- Si la madre está embarazada nuevamente debe dejar de dar de amamantar: La madre puede seguir amamantando a pesar de que esté embarazada, ya que lo único que cambia es el sabor de la leche por la producción de hormonas, pero su calidad no (UNICEF, s.f.).
- La mujer que da de lactar no puede tener relaciones sexuales: El tener relaciones sexuales no produce daños en la leche materna (UNICEF, s.f.).
- No se debe dar de lactar si la madre está enferma, ya que no puede recibir medicación: Si la mujer presenta gripe, resfriado o tos, se puede dar de lactar,



sin embargo si son enfermedades más graves se debe consultar con el médico antes de tomar cualquier medicación (UNICEF, s.f.).

- Si la lactancia es interrumpida no se puede volver a dar de lactar: Con una técnica adecuada se puede retomar la lactancia materna, después de que se dé un cambio de leche materna a fórmula (UNICEF, s.f.).

#### ***2.4.2.2 Creencias sobre la calidad de la leche***

- El calostro debe ser desechado porque es sucio y antihigiénico: El calostro no debe ser desechado, ya que este contiene nutrientes y factores de defensa necesarios para el recién nacido (UNICEF, s.f.).
- El calostro es de color amarillo porque está podrido ya que ha permanecido mucho tiempo en el pecho: Es de color amarillo ya que es rico en beta carotenos y es altamente nutritivo por las proteínas y vitaminas que contiene (UNICEF, s.f.).
- El niño/a no debería lactar hasta que salga la leche blanca: Lo más adecuado es que la lactancia materna inicie dentro de la primera hora de vida, por lo que no se debe esperar hasta que salga la leche blanca para dar de lactar (UNICEF, s.f.).

#### ***2.4.2.3 Creencias sobre el niño/a***

- Los niños deben recibir lactancia materna por más tiempo que las niñas, sino estas serán más fértiles en la edad adulta: La leche materna es necesaria para un adecuado crecimiento e inteligencia, por lo que hay que amamantar a niños y niñas por el mismo tiempo, sin que existan diferencias (UNICEF, s.f.).
- Se debe dejar de dar de lactar cuando el niño/a empiece a caminar: Los bebés deben recibir lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad; a partir de los seis meses de edad hasta los dos años, esta debe ser complementada con otros alimentos (UNICEF, s.f.).
- Se debe introducir uvas antes de los seis meses de edad para que el niño aprenda hablar más rápido: No se debe introducir ningún alimento antes de los seis meses de edad (UNICEF, s.f.). De igual manera no existe evidencia científica

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



sobre que el consumo de uvas favorece a que el niño/a hable antes (UNICEF, s.f.).

- Los bebés deben consumir aguas aromáticas, té o coladas para fortalecer el estómago o si presentan diarrea: La leche materna está compuesta en un 90% por agua, por lo que no necesita consumir líquidos adicionales (UNICEF, s.f.). La mejor manera para fortalecer el estómago del niño/a es dándole de lactar las veces que lo pida. Si la diarrea es severa, se debe consultar con el médico (UNICEF, s.f.).
- El biberón no produce ningún problema y es higiénico: Si no existe una higiene adecuada de los utensilios utilizados en la alimentación del bebé, se producirán infecciones. El uso prolongado del biberón perjudica en la dentición y habla del niño/a (UNICEF, s.f.).

## 2.5 Estadística de Lactancia Materna en Ecuador

### Estadística Ecuador ENSANUT 2012 – 2014

#### Prevalencia de lactancia materna dentro de la primera hora de vida

De acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición, en Ecuador el 54% de los niños recibió lactancia materna dentro de la primera hora de vida.

**TABLA 4. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA DENTRO DE LA PRIMERA HORA DE VIDA**

<b>Grupo de edad (meses)</b>	<b>Inicio temprano de lactancia materna (&lt; 1 hora)</b>	<b>Inicio de la lactancia materna entre 1 y menos de 1 día</b>	<b>Inicio de la lactancia materna a más de 1 día</b>
<b>0 - &lt; 12 meses</b>	54 %	33,6 %	12 %
<b>12 - &lt; 24 meses</b>	54,8 %	29,6 %	15,6 %

Fuente: ENSANUT-ECU. 2012.

Los presentes datos indican que un poco menos de la mitad de los niños no iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, lo que representa un riesgo de morbilidad y mortalidad debido a que no recibieron el calostro que es rico en factores de protección y nutriente.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**Prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses**

**TABLA 5. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES**

<b>Grupo de edad (meses)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>0 - 1 meses</b>	52 , 4 %	47 %
<b>2 – 3 meses</b>	48 %	52,4 %
<b>4 – 5 meses</b>	34,7 %	65 %
<b>Total de 0 – 5 meses</b>	43,8 %	56 %

Fuente: ENSANUT-ECU. 2012.

El presente indicador expresa la proporción de lactantes de 0 – 5 meses que reciben lactancia materna exclusiva, tomando en cuenta el recordatorio del día anterior de todos los niños vivos. De acuerdo al gráfico se establece que al nacer uno de cada dos niños no se alimentó con leche materna de forma exclusiva y que para el cuarto mes donde se debía continuar con la lactancia materna exclusiva la proporción fue menor.

**Prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, por nivel de instrucción**

**TABLA 6. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES, POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

<b>Nivel de instrucción de la madre</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Ninguno</b>	63 %	37 %
<b>Primaria</b>	52.4 %	47, 6 %
<b>Secundaria</b>	44,2 %	55,8 %
<b>Educación básica</b>	46 %	53,9 %
<b>Bachillerato</b>	36,5 %	63,5 %
<b>Superior</b>	29,2 %	70,8 %
<b>Total</b>	44,1 %	56 %

Fuente: ENSANUT-ECU. 2012.

Al observar la relación entre la lactancia materna exclusiva y el nivel de instrucción de las madres se puede observar que a medida que incrementa el nivel de instrucción disminuye la cantidad de madres que dan de lactar a sus hijos. Dicho hecho puede verse influenciado por la falta de compromiso de los pediatras, porque las actividades de

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



consejería no se realizan en forma masiva y por qué la propaganda de productos sustitutos de leche materna producen el abandono o suspensión de la lactancia natural.

**Prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses por rangos de edad**

**TABLA 7. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES POR RANGOS DE EDAD**

Edad de la madre (años)	SI	NO
<b>12 – 14</b>	17,9 %	82,1 %
<b>15 – 19</b>	41,6 %	58,4 %
<b>20 – 34</b>	44,4 %	55,6 %
<b>Mayor a 35</b>	45,7 %	54,3 %
<b>Total</b>	43,8 %	56,2 %

Fuente: ENSANUT-ECU. 2012.

Se puede observar que a menor edad de las madres existe una menor proporción de ellas que realiza la lactancia materna exclusiva, lo cual comprende un riesgo en la salud del niño al no ser garantizada la leche materna como única fuente de alimento durante los 6 primeros meses de vida.

**Duración media de la lactancia materna – Indicador de lactancia materna continúa**

**TABLA 8. DURACIÓN MEDIA DE LA LACTANCIA MATERNA – INDICADOR DE LACTANCIA MATERNA CONTINÚA**

Grupo de edad (meses)	SI	NO
<b>12 - 15 meses</b>	58,5 %	41,5 %

Fuente: ENSANUT-ECU. 2012

De acuerdo a los resultados, el ENSANUT establece la posibilidad de que los niños que han mantenido la lactancia materna hasta los 15 meses, lleguen a los 2 años como lo recomienda la OMS. Se cree que el porcentaje restante de niños no llega a cumplir con lo recomendado debido a que la práctica de lactancia materna se ve interrumpida por creencias y mitos de las madres y la sociedad en general sobre la lactancia materna. De igual manera la inserción de la mujer al trabajo evita que las madres permanezcan más

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



tiempo con sus bebés y por otra se toma en cuenta la falta de apoyo de los servicios de salud y de ayuda comunitaria para la madre.

Dicha información establece la necesidad existente de realizar un control sobre la introducción correcta de los alimentos complementarios a partir de los 6 meses y que sean seguros y oportunos para la edad del niño.

## 2.6 Operacionalización de Variables

**TABLA 9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Conocimiento de las madres sobre la lactancia materna</b>	Información que presentan las madres sobre beneficios, riesgos, leche materna, prácticas de lactancia materna adecuadas.	-	-	Porcentaje de madres que tienen conocimientos sobre la lactancia materna
<b>Prácticas de lactancia entre las</b>	Conjunto de actividades que permiten que la lactancia materna se dé de manera adecuada, que se mantenga			Porcentaje de madres que presentan prácticas de lactancia materna

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

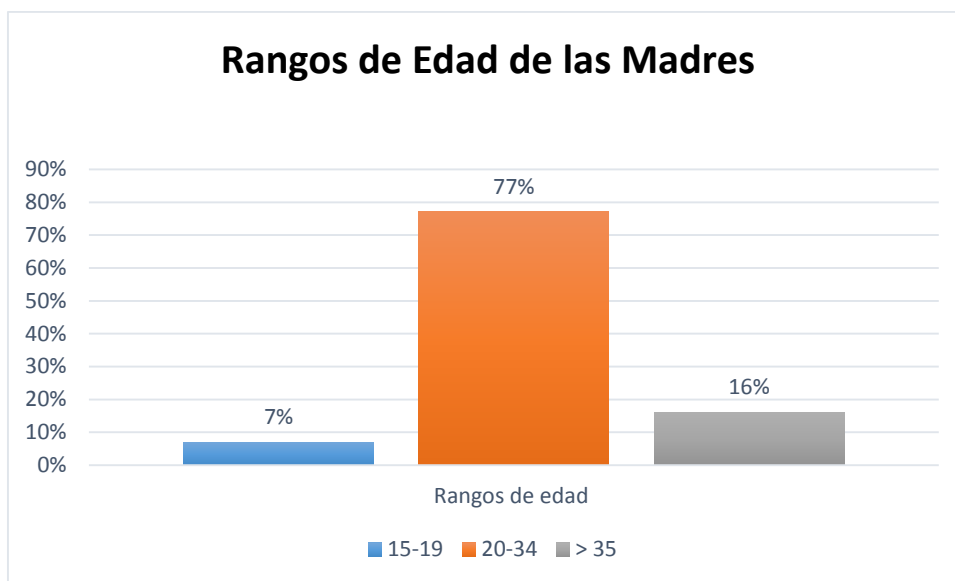


<p><b>distintas madres</b></p>	<p>durante un tiempo optimo y eliminando practica inadecuadas como el uso de biberón que impidan que la lactancia materna se desarrolle de la manera correcta</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	
<p><b>Actitudes en la lactancia materna entre las distintas madres</b></p>	<p>En el contexto de la lactancia materna la actitud es la disposición mental de la madre hacia la práctica de lactancia, la misma que en este caso puede ser positiva, negativa.</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p>Actitudes en relación a la lactancia materna con las que las madres encuentran</p> <p style="text-align: center;">De acuerdo Indiferente En desacuerdo</p>



### CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

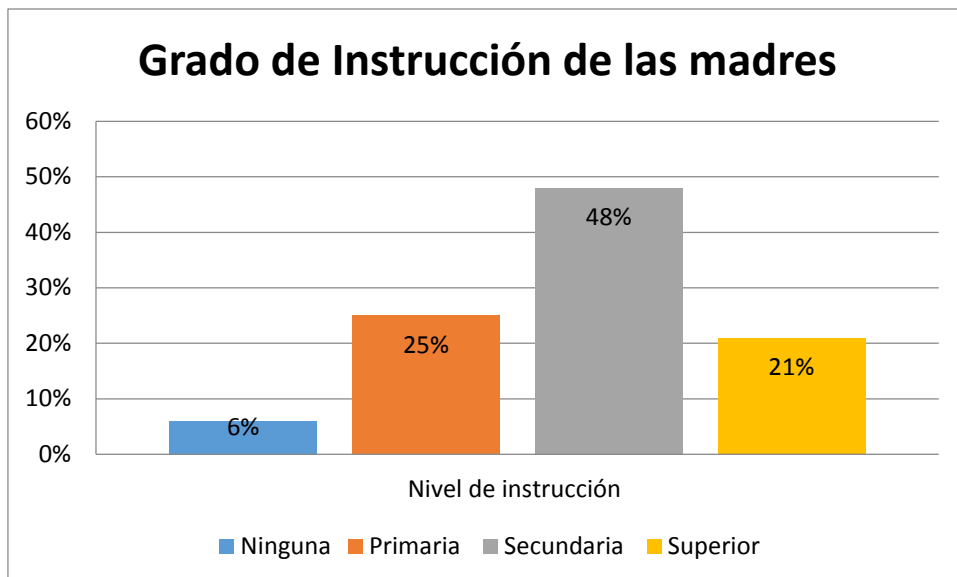
- Características generales de la población



**FIGURA 1. RANGOS DE EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTEN A LOS DISTINTOS CENTROS DE SALUD, QUITO, ECUADOR. 2015.**

En total se encuestaron a 212 madres entre los distintos centros de salud. La edad promedio de las madres fue de 28,59 años (DE = 5,65 años), las edades mínima y máxima encontradas, fueron 16 y 47 años respectivamente. La mayoría de las madres se concentran en el grupo etario de 20 a 34 años y en su minoría encontramos madres entre 15 y 19 años, representando menos del 10% de la población en estudio.

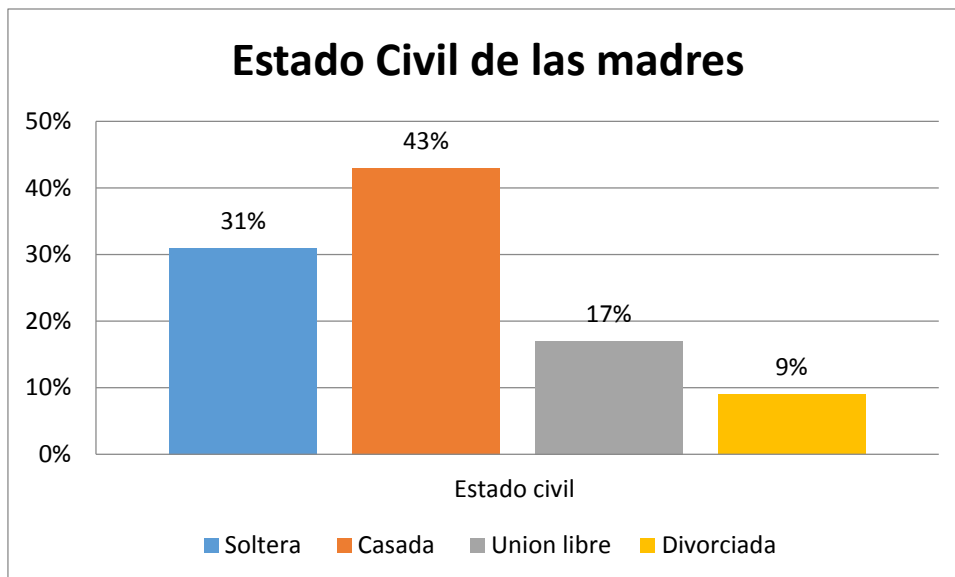
En Ecuador existen alrededor de 7 millones de mujeres, el 66,1% son madres, en donde el 24% se encuentra en la edad entre 30 a 39 años, y el 3,4% está conformado por madres adolescentes con un rango de edad entre 12 y 19 años (INEC, 2012). Lo cual coincide con los datos reflejados en el presente estudio.



**FIGURA 2. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES QUE ASISTEN A LOS DISTINTOS CENTROS DE SALUD, QUITO, ECUADOR. 2015.**

El presente estudio refleja que la mayoría de madres presentan algún grado de educación comprendido desde instrucción básica hasta superior (94%), por otra parte en su minoría el porcentaje restante es representado por las madres que no presentaron ningún grado de instrucción.

Los datos del estudio se contraponen de acuerdo a las estadísticas en Ecuador, las cuales indican que en su mayoría las madres presentan un nivel de educación básica (primaria) con un 51,1%, seguido del 23,1% en instrucción secundaria. El estudio refleja concordancias con las estadísticas del Ecuador en cuanto la educación superior presentando un 17% (INEC, 2012).

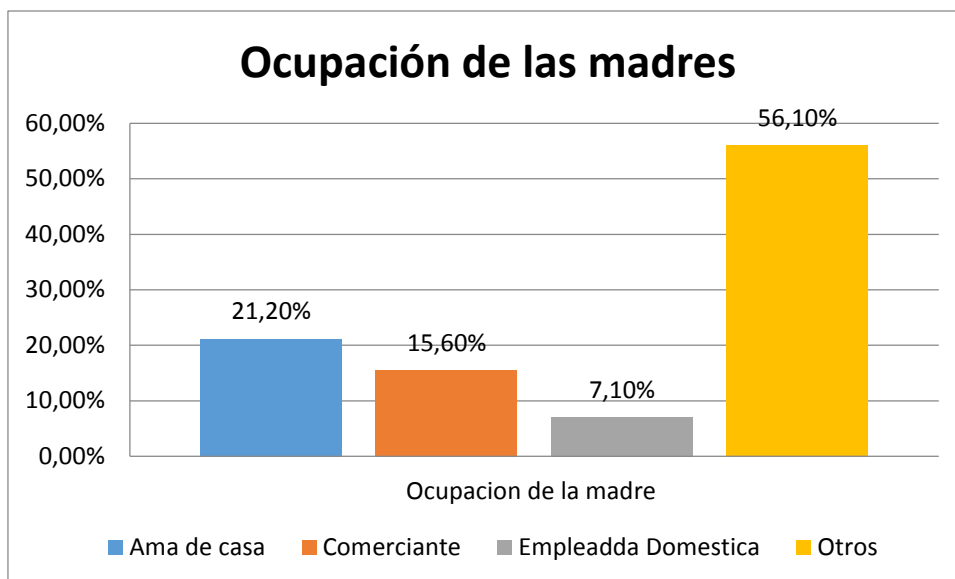


**FIGURA 3. ESTADO CIVIL DE LAS MADRES QUE ASISTEN A LOS DISTINTOS CENTROS DE SALUD, QUITO, ECUADOR. 2015.**

Del total de madres encuestadas, el 60% reporta tener una pareja estable ya sean casadas o en unión de hecho. Solamente alrededor del 30 % reportan ser solteras y menos del 10% ser divorciadas.

Los datos del estudio presentan relación con los datos estadísticos en Ecuador, donde el 71 % de las madres tienen pareja (casada, unión libre), mientras que el 29% no tiene pareja, siendo el 9% de estas solteras (INEC, 2012).

En Ecuador el 29% de mujeres son jefas de hogar, de estas el 87,1% son madres (INEC, 2012). Diversos estudios de países como Chile y Colombia reflejan que una de las causas por las que se produce el destete temprano es el hecho de que las madres sean el sustento económico de sus familias, realidad que viven muchas de las mujeres solteras. Por otra parte las mujeres casadas presentan mayores porcentajes de lactancia materna, esto se basa en que el apoyo familiar influye de manera positiva en la mantención de la misma (Pino, López, Pilar, & Ortega, 2013) (Aznar et al., 2009).

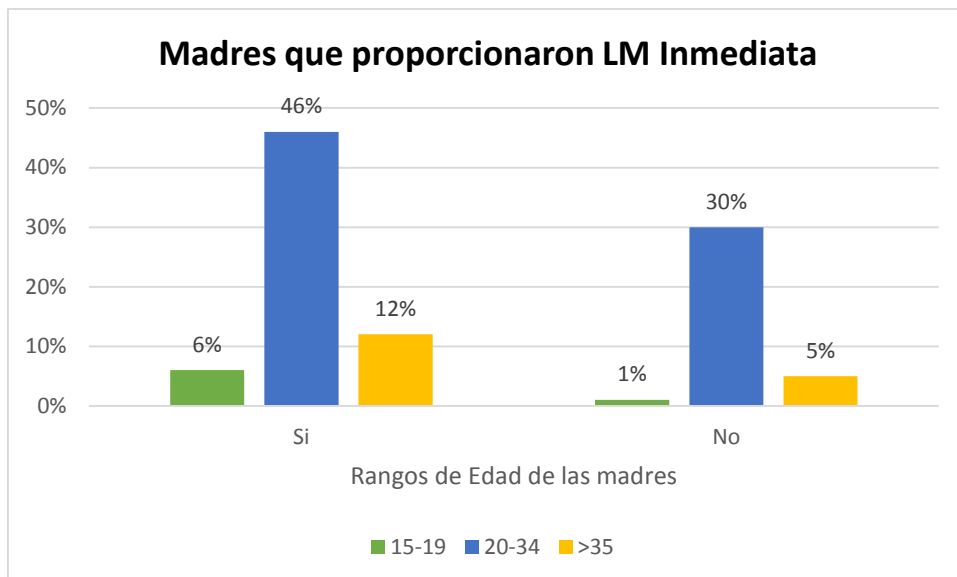


**FIGURA 4. OCUPACIONES DE LAS MADRES QUE ASISTEN A LOS DISTINTOS CENTROS DE SALUD, QUITO, ECUADOR. 2015.**

El presente estudio refleja que en mayor proporción las madres se desenvuelven como amas de casa y comerciantes. En tanto que el 56% de madres se dedicaba a diversas actividades como agricultura, peluquería, profesoras, cocineras, auxiliares de limpieza, empleadas públicas, etc.

Dichos datos se encuentran acorde con las estadísticas en Ecuador respecto a la características económicas de las madres, donde el 45,3% realizan quehaceres domésticos mientras que el 42,9% trabaja, siendo la principal ocupación el Comercio ya sea al por mayor o menor con el 22,9% (INEC, 2012).

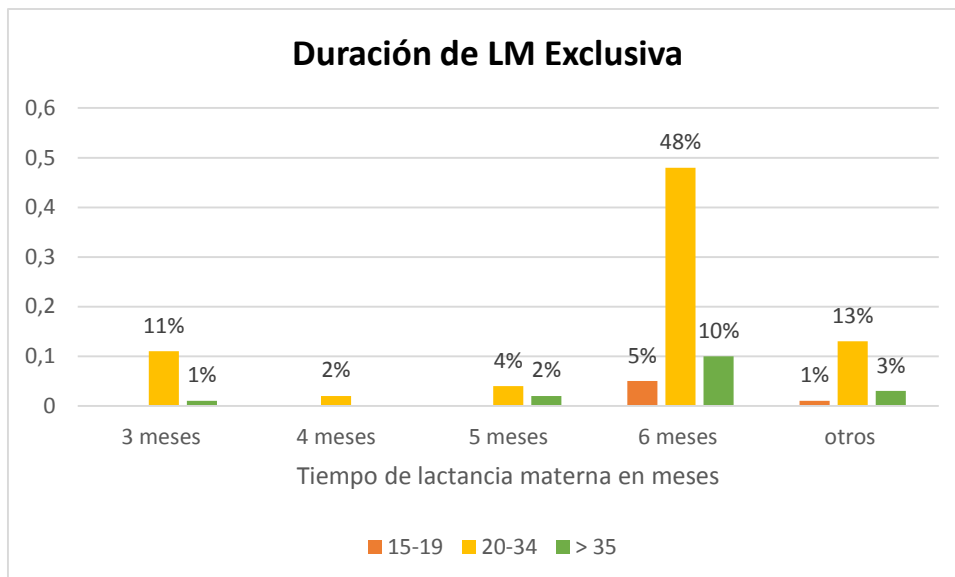
Existe evidencia de que las amas de casa son más propensas a alimentar a sus hijos con leche materna a diferencia de las madres que trabajan, lo cual se relaciona con menores tasas de iniciación y duración de lactancia materna, lo cual se encuentra relacionado con la incorporación de las madres a su actividad laboral normal antes de los 4 meses e incluso semanas posteriores al parto, lo que predispone a las madres al abandono de la lactancia (Aznar et al., 2009) (Niño M., Silva G., 2012).



**GRÁFICO 5. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA INMEDIATA SEGÚN RANGOS DE EDAD DE LAS MADRES, QUITO, ECUADOR. 2015.**

El 91% de las madres considera importante proporcionar lactancia materna inmediata. Sin embargo solo el 64% de las madres afirmó que lo realizó dentro de la primera hora de vida, siendo en su mayoría madres entre 20 y 34 años. Por otra parte las madres que no proporcionaron lactancia materna inmediata conforman el 36%.

La UNICEF refleja que menos del 50% de los neonatos reciben lactancia materna inmediata a nivel mundial (UNICEF, 2015). La ENSANUT-ECU registra datos de recién nacidos que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida con un 54,6%. El presente estudio expresa porcentajes más altos que aquellos especificados por la UNICEF y la ENSANUT-ECU, siendo más de la mitad, esto puede deberse a que parte de la información se recolectó en centros de salud que han sido certificados como Hospital Amigo del Niño (Freire et al., 2013).



**GRÁFICO 6. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN RANGOS DE EDAD DE LAS MADRES EDAD DE LA MADRE, QUITO, ECUADOR. 2015.**

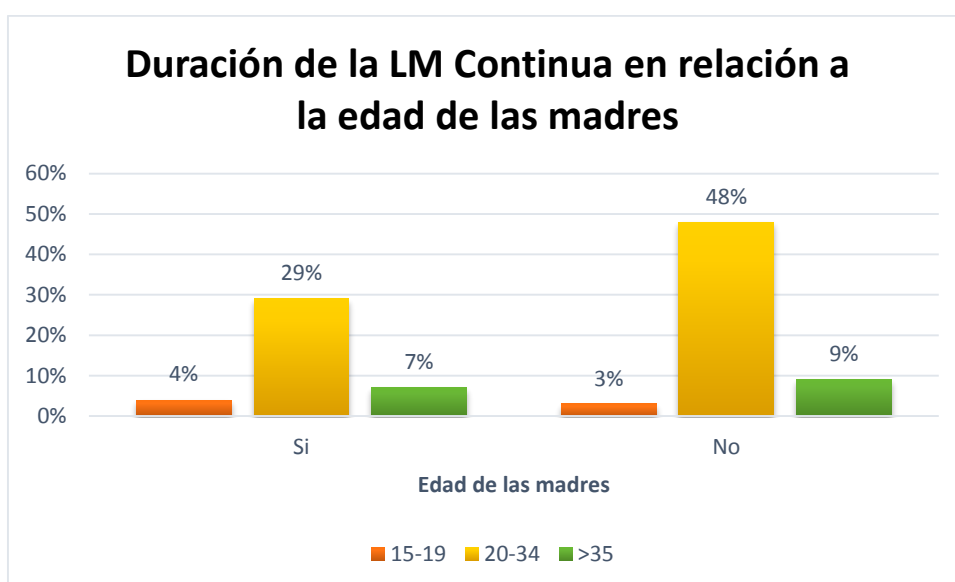
La encuesta refleja que el 63% de las madres proporcionaron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño. Por otra parte el 12% de las madres afirman que la lactancia materna exclusiva debe mantenerse solamente hasta los 3 meses de edad.

Según datos de la OMS, el 38% de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva a nivel mundial. Entre los países latinoamericanos Perú encabeza los porcentajes de lactancia materna exclusiva más altos con el 68,3%, mientras tanto Ecuador mantiene porcentajes similares a los especificados por la OMS (39,6%) ubicándolo en el décimo lugar (OMS, 2013). La ENSANUT-ECU reporta que hasta el mes de vida 52,4% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva, porcentaje que disminuyó hacia los dos y tres meses de edad con un 48% y finalmente para los cuatro y cinco meses, fue aún menor con un 34,7% (Freire et al., 2013). Partiendo de la información analizada, el presente estudio presenta porcentajes más altos de lactancia materna exclusiva en comparación a los datos de la OMS y la ENSANUT-ECU. Dicha similitud entre los datos reflejados por Perú y el presente estudio se encuentran



favorecidos por la iniciativa de la OMS/UNICEF de Hospitales Amigos del Niño (OMS, 2013).

En relación a la edad de la madre se determina que solo el 18% de las madres jóvenes (12 a 14 años) mantuvieron la lactancia materna exclusiva a diferencia de madres que presentaron mayor edad con el 46% (Freire et al., 2013). Dichos datos concuerdan con el estudio realizado donde tan solo el 5% de las madres jóvenes dieron de lactar hasta los 6 meses, y se aprecia un 48% para las madres que se encuentran en edad adulta, esto puede estar relacionado a que las madres de menor edad (15 a 19 años), presentan embarazos no planificados así como cambios psicológicos y sociales propios de la edad convirtiéndolas en el grupo más vulnerable, mientras que las mujeres de mayor edad demuestran una mejor preparación psicológica y madurez, al igual que el deseo de tener hijos, lo que les da una actitud positiva para llevar a cabo esta práctica durante más tiempo (Pino et al., 2013).



**GRÁFICO 7. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA CONTÍNUA SEGÚN RANGOS DE EDAD DE LAS MADRES EDAD DE LA MADRE, QUITO, ECUADOR. 2015.**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



El 40 % de las madres indicaron que proporcionaron lactancia materna continua hasta los 2 años. El 60% de las madres indicaron que no dieron lactancia materna continua hasta los 2 años, siendo en su mayoría madres entre 20 y 34 años.

El porcentaje de lactancia materna continua a nivel mundial se encuentra en un 39% (UNICEF, 2015). Los resultados arrojados del presente estudio concuerdan con las cifras expuestas por la UNICEF ya que más de la mitad de las madres encuestadas no continuaron con la lactancia materna hasta los dos años, esto puede explicarse debido a que desde muy pequeños los niños se encuentran expuestos a otro tipo de alimentos a parte de la leche materna, entre los 5 y 6 meses el 72% de niños ya ha consumido alguno de estos alimentos, lo que interfiere con la lactancia materna exclusiva y por ende un desplazamiento en la práctica de lactancia materna continua (Gamboa D. et al., 2008). La ENSANUT-ECU reporta que solo el 18,9 % de niños reciben lactancia materna hasta los dos años de edad (Freire et al., 2013), dicho estudio refleja un porcentaje superior lo cual puede estar relacionado con la iniciativa Hospital Amigo del Niño que se encuentra influenciando centros de salud donde se recolectó la información. A pesar de lo mencionado los porcentajes son menores al 50% lo cual puede estar influenciado por diversas creencias y mitos por parte de las madres (MSP, 2012).

**TABLA 10. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA LA MADRE Y EL NIÑO/A, QUITO, ECUADOR. 2015.**

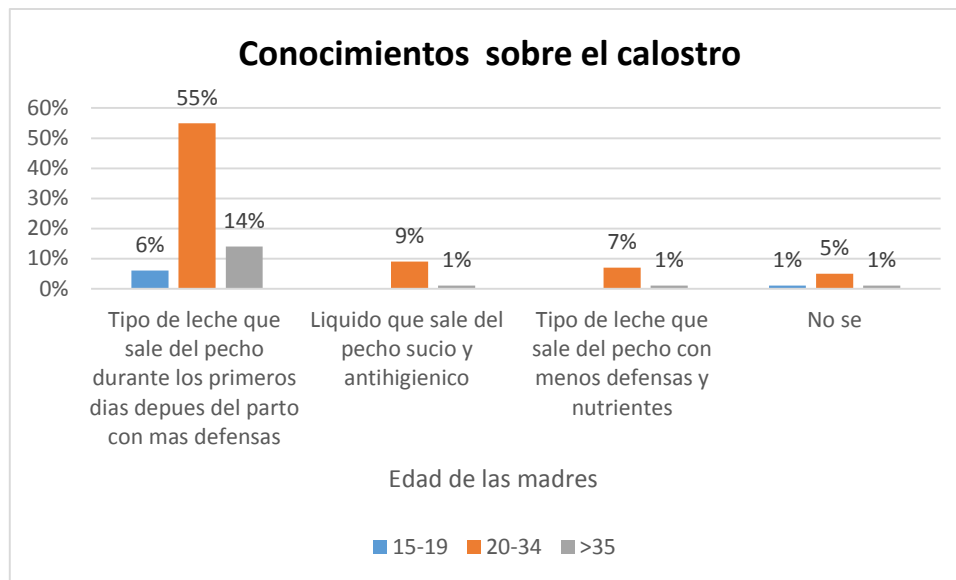
<b>Beneficios para la madre</b>	<b>Participantes</b>	<b>Beneficios para el niño/a</b>	<b>Participantes</b>
Favorece el vínculo afectivo	<b>135</b>	Favorece el vínculo afectivo	<b>100</b>
Anticonceptivo	<b>84</b>	Protección contra infecciones (respiratorias, digestivas)	<b>84</b>
Económica	<b>74</b>	Crecimiento óptimo	<b>83</b>
Involución uterina	<b>62</b>	Nutrición adecuada	<b>62</b>
Prevención de cáncer	<b>43</b>	Higiénica	<b>32</b>
Reducción de peso	<b>39</b>		

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



En cuanto a los beneficios de la lactancia materna para la madre y el recién nacido, alrededor del 60% de las madres señalaron que el mayor beneficio es favorecer el vínculo afectivo, lo que coincide como beneficio más alto para él neonato aproximadamente con el 50% de las participantes. De igual manera se consideraron otros beneficios como es que la lactancia materna sirve como método anticonceptivo y es más económica, mientras que entre otros beneficios para el niño, las madres concuerdan que la leche materna brinda protección contra infecciones respiratorias y digestivas, y permite un crecimiento óptimo para el niño.

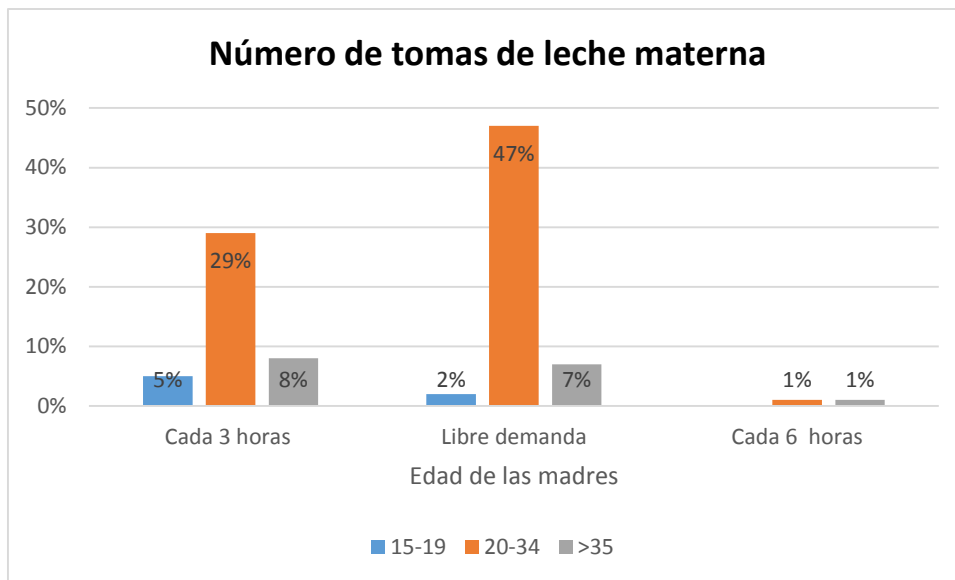
En cuanto a los beneficios sobre la lactancia materna, algunos estudios realizados en países como Colombia y Venezuela, reflejan que las madres conocían las ventajas de la lactancia materna tanto para el niño como para ellas. Entre los principales beneficios para el niño identificados se encuentran la protección contra enfermedades (43,6%), ayudar en el crecimiento del bebe (44,7%) y favorecer el vínculo afectivo (7,4%) (Gamboa D. et al., 2008) (Aznar et al., 2009), lo cual se asemeja con los principales beneficios escogidos por las madres en el presente estudio. En cuanto los beneficios para la madre algunos estudios concuerdan con los resultados obtenidos, como son favorecer el vínculo afectivo (25,5%), que la leche materna es económica (11,8%), y de igual manera se nombran otros beneficios como evitar el cáncer de mama e involución uterina (Gamboa D. et al., 2008); esto se encuentra relacionado con la información recibida por parte del personal de salud en un 48%, seguido de información proveniente de la familia con un 26% (Franco-Soto et al., 2014). Sin embargo existen estudios que reflejan una falta de conocimiento por parte de las madres acerca de los beneficios que trae consigo la lactancia materna, se observó que un 42,5% de madres que dan de lactar no conocen los beneficios sobre esta práctica, evidenciándose principalmente en las adolescentes menores de 20 años como lo muestra un estudio realizado en Bolivia (Ulunque et al., 2010).



**FIGURA 8. CONOCIMIENTO EN RELACION AL RANGO DE EDAD, LACTANCIA MATERNA INMEDIATA (CALOSTRO). QUITO, ECUADOR. 2015.**

En su gran mayoría las madres pertenecientes a los distintos rangos de edad presentan un claro conocimiento sobre lo que es el calostro, identificándolo como un tipo de leche que sale del pecho durante los primeros días (después del parto) con más defensas. Solo una pequeña cantidad de las madres menor al 10% reportaron no conocer lo que es el calostro.

En cuanto al conocimiento que tienen las madres sobre el calostro en un estudio realizado en Venezuela, se puede observar que los datos se asemejan con el presente estudio, donde casi 7 de cada 10 conocen las propiedades inmunológicas del calostro, sin embargo también existen madres que desconocen la funcionalidad de este con el 13,3% (Franco-Soto et al., 2014). Sin embargo no se han encontrado estudios que expresen una relación entre el conocimiento sobre el calostro y la edad de la madre.



**FIGURA 9. CONOCIMIENTO SOBRE EL NUMERO DE TOMAS EN RELACION A LA EDAD DE LA MADRE, QUITO, ECUADOR. 2015.**

Respecto al número de veces que un recién nacido debería lactar, la mayoría de las madres encuestadas superando el 50% indicó que lo debería hacer cada vez que el recién nacido lo pida, mientras que en su minoría seleccionaron que se debe realizar las tomas cada 6 horas.

Diversos estudios demuestran que la mayoría de madres optan por dar de lactar a un recién nacido a libre demanda, dichos estudios no especifican porcentajes exactos, sin embargo la presente investigación demuestra que la mayoría de madres también optan por esta opción. Esto puede estar relacionado con conocimientos adquiridos a través del personal de salud con un 48% (Aznar et al., 2009); (Viñas Vidal, 2011) & (Delgado Noguera & Orellana, 2006).

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



- **Actitudes en lactancia materna**

**TABLA 11. MITOS Y CREENCIAS DE LA LACTANCIA POR PARTE DE LA MADRE, QUITO, ECUADOR. 2015.**

Mitos y Creencias	% de Participantes que considera correcto
Si la madre presenta gripe o tos no puede dar de lactar	72%
Las madres no pueden consumir ciertos alimentos durante la lactancia	68%
El bebé necesita beber agua aromática, te o coladas para fortalecer el estómago o si presenta diarrea	64%
-Las mujeres con pecho pequeño no pueden dar de amamantar -Se debe dejar de amamantar cuando el niño/a aprenda a caminar -Se debe introducir uvas antes de los 6 meses de edad para que el niño/a aprenda a hablar más rápido -La mujer que da de lactar no puede tener relaciones sexuales por que la leche se daña -Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver a amamantar	Otros

Entre los principales mitos o creencias que presentan las madres sobre la lactancia materna se encontró que la mayoría estuvo de acuerdo que si la madre presenta gripe o tos no puede dar de lactar. De igual manera se seleccionaron otros mitos como el que se debe introducir uvas antes de los 6 meses de edad para que el niño/a aprenda a hablar más rápido, que todas las mujeres producen leche de buena calidad, entre otros.

Las madres expresaron estar de acuerdo con el mito o creencia de que si la madre presenta gripe o tos, no puede dar de lactar y que las madres no pueden consumir ciertos alimentos durante la lactancia, encontrando semejanza en otro estudio con 60,5% y 74,6% respectivamente (Rafael, Pérez, Yenisley, & Rodríguez, 2012), para los demás mitos mencionados no se encontró información similar debido a que las costumbres, los entornos o vivencias son diferentes en cada lugar y persona, por lo tanto la adquisición y apego a mitos o creencias no va ser la misma, lo cual puede representar un impacto negativo en el desarrollo de la práctica de lactancia materna.



### **-Grado de Instrucción de las Madres**

En la presente investigación se descartó dicho parámetro, ya que la recolección de la muestra presentó un sesgo en cuanto a la distribución homogénea de participantes en los diferentes grados de instrucción, viéndose favorecido las madres que cursan la secundaria, factor que hubiera presentado resultados erróneos.

### **CONCLUSIONES**

1. Un alto porcentaje de las madres asocia la lactancia materna con el beneficio de crear lazos afectivos madre-hijo, lo cual influye de manera positiva en que se proporcione la lactancia materna.
2. La práctica de lactancia materna se encuentra acorde a los conocimientos, ya que las madres identificaron el calostro como un tipo de leche benéfica para el recién nacido, más de la mitad de las madres encuestadas realiza esta práctica.
3. La aplicación de la lactancia materna continua se ve afectada por falta de información de las madres; menos de la mitad de las madres valoradas realizan dicha práctica.
4. El apego a mitos y creencias son factores que interfieren de manera negativa en la práctica de lactancia materna, ya sea de manera momentánea o definitiva.
5. La mayor parte de la población se encuentra entre 20 y 34 años, lo que produce un sesgo en el estudio para relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas con la edad.



## **RECOMENDACIONES**

1. Proporcionar educación nutricional desde el momento de la concepción, promoviendo así una adecuada lactancia materna y de esta manera mejorar la salud materna infantil.
2. Coordinar programas y campañas junto con el Gobierno para promover educación sexual y la salud materna infantil en mujeres de edad fértil.
3. Capacitación continua al personal de salud, sobre nutrición y alimentación en el periodo de embarazo y lactancia, impartidos por nutricionistas, con el fin de proporcionar la misma información a las pacientes.
4. Incluir la contratación de nutricionistas en todos los centros de salud, con el fin de garantizar una nutrición adecuada, debido a que el personal de salud presenta conocimientos generales de nutrición a diferencia de un nutricionista que se encuentra íntegramente formado en todo lo que respecta a la alimentación.
5. Educación nutricional y seguimiento a madres impartida por nutricionistas o por estudiantes de la carrera, que permita el cumplimiento de recomendaciones y la obtención de los beneficios de la lactancia materna inmediata, exclusiva y continua, por medio de material didáctico validado por el Ministerio de Salud, con el fin de que todo el personal maneje la misma información.
6. Es recomendable que el personal de salud otorgue información con el fin de descartar ciertos mitos o creencias que presentan las madres, apoyándose con material didáctico, ilustrativo como trípticos, afiches, carteles, imágenes, etc., que este adaptado a las condiciones y entorno de la madre.
7. Incentivar a las diferentes entidades de salud para que se acrediten como Hospital Amigo del Niño.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Alvarado, B., Tabares, R., Delisle, H., & Zunzunegui, V. (2005). Creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños Afro- colombianos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 55, 1–8.
- Aznar, F., Salazar, S., Delgado, X., Cani, T., & Cluet de Rodríguez, I. (2009). EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LAS ÁREAS METROPOLITANAS DE CARACAS Y MARACAIBO. *ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA*, 72(1), 118–122.
- Basain, J., Pacheco, L., Valdés, M., Pieiga, E., & Maturell, A. (2015). Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(2), 82 – 84.
- Becerra, F., Bohórquez, L., & Rodríguez, J. (2015). Leptina y lactancia materna : beneficios fisiológicos. *Rev. Fac. Med.*, 63(1), 119–126.
- Bueno, M., Bueno, G., Soler, J. C., Gallego, a S., & Ral, P. C. (2012). Diversos artículos nutrición y AF. *Alimentación, Nutricion Y Salud*, 19(3), 23.
- Campoverde, Z., & Chocho, M. (2014). *Estrategia educativa en lactancia materna para adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud N°1 Pumpango, Cuenca, 2014.*
- Castillo-Durán, C., Balboa C., P., Torrejón S., C., Bascuñán G., K., & Uauy D., R. (2013). Alimentación normal del niño menor de 2 años. Rrcomendaciones de la rama de nutrición de la sociedad chilena de pediatría 2013. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(5), 565–572. <http://doi.org/10.4067/S0370-41062013000500013>
- Cobo, D. (2012). Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER DE MAMA . Davinia Cobo Aguilar. *Revista Chilena de Nutrición*, 1–17.
- De la Vega, T., Pérez, V., & Bezos, L. (2010). La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(3), 483–489.
- Delgado Noguera, M., & Orellana, J. J. (2006). Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecología*, 55(1), 9–17.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



- Díaz, V. (2005). Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(2).
- Estrada, J., Amargós, J., Reyes, B., & Guevara, A. (2008). *Educational intervention on breast feeding*.
- Franco-Soto, J., Roa-Moreno, B., Sánchez, L., Socha, L., Leal, C., & Parra, K. (2014). Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta prenatal. Hospital Dr. Patrocinino Peñuela Ruiz. *ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA*, 77(3), 128–132.
- Freire, W., Ramírez, M., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., Sáenz, K., ... Monge, R. (2013). *ENSANUT*.
- Fuenmayor, G. (2008). *Normas y Protocolos para Manejo de Bancos de Leche Humana y para la Implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño*. Tempo.
- Gamboa D., E. M., Lopez B., N., Prada G., G. E., & Gallo P., K. Y. (2008). Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Rev. Chil. Nutr.*, 35(1), 1–17.
- García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediátrica de México*, 32(4), 223–230.
- Gonzalez, I., Huespe, M., & Auchter, M. (2008). LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA FACTORES DE ÉXITO Y / O. *Revista de Posgrado de La Vía Cátedra de Medicina*, 177(1), 1–5.
- Herrera, A. (2013). The skin to skin contact between mother and the newborn during delivery. *Index de Enfermería*, 22.
- INEC. (2012). *Características de las madres en el Ecuador*. Retrieved from [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es)
- Jarpa, C., Cerda, J., Terrazas, C., & Cano, C. (2015). [Breastfeeding as a protective factor against overweight and obesity among pre-school children]. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(1), 32–7.
- Jiménez, R., Aranda, E., Aliaga, P., Alípaiz, A., López, N., Rocha, S., & Salazar, S. (2012). NUTRITIONAL BENEFITS OF BREAST FEEDING IN LESS THAN 6. *Rev. Med La Paz*, 17(2), 5–12.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



- Khanal, V., Scott, J. A., Lee, A. H., Karkee, R., & Binns, C. W. (2015). Factors associated with Early Initiation of Breastfeeding in Western Nepal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9562–9574.
- La Rosa, D., & Gómez, E. (2013). Impacto de la lactancia materna en la vacunación infantil. *Revista Cubana de Pediatría*, 85(1), 76–88.
- Landau, L. (2005). *Composicion De La Lactancia*. Valdés, Shellhorn. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
- Ludvigsson, J., & Fasano, A. (2012). Tiempo de la introducción de gluten y riesgo de enfermedad celíaca. *Annales Nestlé*, 60(suppl 2), 22–29.
- MedlinePlus. (2015). Bifido bacterias. Retrieved from <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/891.html>
- MSP. (2012). Iniciativa Mundial sobre tendencias en lactancia materna, 53.
- MSP. (2013). *Cuatro establecimientos públicos de salud fueron acreditados como “Amigos del Niño.”*
- Niño M., Silva G., A. E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(2), 161–169.
- OMS. (2011). Inicio temprano de la lactancia materna. Retrieved from [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDcQFjAE&url=http://www.forosalud.org.pe/LACTANCIA\\_MATERNA\\_OMS.pdf&ei=qur0VMytCMnCggTLpoGwCg&usg=AFQjCNHujuKR3z9Bbsy8EjXXcDbviCOHGA&sig2=lSsiVf4oOIYPxNipn\\_frmQ](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDcQFjAE&url=http://www.forosalud.org.pe/LACTANCIA_MATERNA_OMS.pdf&ei=qur0VMytCMnCggTLpoGwCg&usg=AFQjCNHujuKR3z9Bbsy8EjXXcDbviCOHGA&sig2=lSsiVf4oOIYPxNipn_frmQ)
- OMS. (2013). Protección de la lactancia materna en el Perú. Retrieved from [http://www.who.int/features/2013/peru\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/)
- OMS. (2015a). *Continuación de la lactancia materna*. Retrieved from [http://www.who.int/elena/titles/continued\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/continued_breastfeeding/es/)
- OMS. (2015b). *Inicio temprano de la lactancia materna*. Retrieved from [http://www.who.int/elena/titles/early\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/)
- OMS. (2015c). *Lactancia materna exclusiva*. Retrieved from [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



- Orsi, M., Fernández, A., Follet, F., Marchisone, S., Saieg, G., Busoni, V., ... Toca, C. (2009). Propuesta de Guía para el manejo de los niños con alergia a la proteína de la leche de vaca. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(5), 459–470.
- Pacora, P., & Ruiz, S. (2005). Nutrición materna: Comer por dos para el bienestar del embarazo y la progeñie? *Rev. Peruana de Ginecología Y Obstetricia*, 41(2), 8–17.
- Pino, J., López, M., Pilar, A., & Ortega, A. (2013). Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile Factors affecting the duration of exclusiv breastfeeding in a rural community of Chile. *Rev. Chil. Nutr.*, 40.
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*, 78(Supl 1), 96–102.
- Rafael, R., Pérez, G., Yenisley, I. D., & Rodríguez, R. (2012). Información sobre la lactancia materna de las gestantes en su tercer trimestre Information on breast feeding found in pregnant women in their third trimester of gestation. *Revista Cubana de Pediatría*, 84(2), 357–367.
- Ulunque, A., Uria, E., Vairo, J., Vargas, A., & Santander, L. (2010). Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres de los Centros de Salud Pacata y Jaihuayco del 2008 al 2009, 13(2), 73–76.
- UNICEF. (n.d.). *Mitos y realidades de la lactancia materna Sobre las madres*. Retrieved from <http://www.unicef.org/ecuador/cbcxgnbfgdfzgsd.pdf>
- UNICEF. (2015). Lactancia materna. Retrieved from [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html)
- Vásquez, P. (2012). *Conocimiento , actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis , 2009*.
- Vera, J., & Guerrero, J. (2013). *Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres Adolescentes*.
- Viñas Vidal, A. (2011). La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos. *Pediatría Integral*, 15, 317–328.



## ANEXOS

### Anexo 1- Posiciones para amamantar



Figura 1, Posiciones utilizadas en lactancia materna. Recuperado de: Relay Health, 2012

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**Anexo 2- Encuesta sobre Conocimientos, actitudes y practicas (CAPS) en lactancia materna**

**ENCUESTA**

La presente encuesta tiene el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna, su respuestas seran confidenciales, agradecemos su colaboración.

Inicales:	Edad:
Estado civil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casada ( )</li> <li>• Soltera ( )</li> <li>• Union libre ( )</li> <li>• Otro ( )</li> </ul>	Ocupacion:
Instrucción: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna ( )</li> <li>• Primario ( )</li> <li>• Secundaria ( )</li> <li>• Superior ( )</li> </ul>	Numero de hijos:

**MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE USTED CREA CONVENIENTE**

**CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA**

**\*¿Cuánto tiempo puede dar leche materna sin necesidad de incluir otro alimento o liquido?**

<b>3 MESES</b>		<b>6 MESES</b>	
<b>4 MESES</b>		<b>1 AÑO</b>	
<b>5 MESES</b>		<b>OTRO</b>	

**\*El calostro es:**

El tipo de leche que sale del pecho durante los primeros días (después del parto) con mas defensas	
Un líquido que sale del pecho que debe ser desechado por que es sucio y antihigiénico	
El tipo de leche que sale del pecho que tiene menos defensas y nutrientes	
No sé	

**\*¿Considera usted importante dar de lactar dentro de la primera hora de vida?**

Si  NO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



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

Cada tres horas	
Cada vez que el niño/a lo pida	
Cada 6 horas	
No sé	

**\*Marque los beneficios que tiene la lactancia materna para usted**

Es mas barata	
Previene el embarazo	
Ayuda a bajar de peso	
Ayuda al utero a volver a su estado normal despues del parto	
Previene el cancer de mama y ovario	
Ayuda a crear lazos de amor (afectivos) con el niño/a	
Todas las anteriores son correctas	
No sé	

**\*¿Cuales son los beneficios de la lactancia materna para su hijo/a?**

Lo protege de infecciones respiratorias (resfrio) y digestiva (diarrea)	
Ayuda en su crecimiento	
Crea lazos de amor entre la madre e hijo	
Le da al niño/a la mejor nutricion	
Es mas higienica para el niño/a	
Todas las anteriores son correctas	
No sé	

**PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA**

PREGUNTAS	SI	NO
Inició la lactancia materna dentro de la primera hora de vida		
Proporcionó lactancia materna hasta los 6 meses de edad sin incluir otro tipo de alimento		
Proporcionó lactancia materna hasta los 2 años de vida		
Se puede presentar algún problema para el niño/a si se da la leche con biberón		

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**ACTITUDES EN LACTANCIA MATERNA**

- **DA:** De acuerdo
- **I:** Indiferente (le da igual)
- **ED:** En desacuerdo

PREGUNTAS	DA	I	ED
Las mujeres con pecho pequeño no pueden dar de amamantar			
Todas las mujeres producen leche de buena calidad			
Todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer al bebe			
Las madres no pueden consumir ciertos alimentos durante la lactancia			
Si la madre presenta gripe o tos no puede dar de lactar			
Si las madres están embarazadas deben dejar de amamantar			
La mujer que da de lactar no puede tener relaciones sexuales por que la leche se daña			
Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver a amamantar			
Los niños deben ser amamantados por más tiempo que las niñas, porque si no ellas serán más fértiles en edad adulta			
Se debe dejar de amamantar cuando el niño/a aprenda a caminar			
Se debe introducir uvas antes de los 6 meses de edad para que el niño/a aprenda a hablar más rápido			
Los bebes necesitan beber aguas aromáticas, te o coladas para fortalecer el estómago o si presentan diarrea			
El biberón es inofensivo e higiénico			