



RESUMEN

Con el objetivo de describir la experiencias de la Lactancia Materna en mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca, se realiza un estudio descriptivo y cuantitativo con un universo de 100 madres que acudieron al Subcentro de Salud , a las mismas que se aplicó una encuesta que recoge datos sobre la madre y el niño, sobre lactancia materna, edad materna y del niño/a, escolaridad, procedencia, residencia, conocimiento de las ventajas de la leche materna, número de hijos, tiempo de lactancia de los niños, técnicas de amamantamiento; experiencias y cambios físicos y psicológicos durante la lactancia materna en las madres. Entre las conclusiones más relevantes se encuentran que el mayor porcentaje de las madres recibió instrucciones sobre lactancia materna. El 63% de las madres encuestadas que continúan amamantando a sus hijos, conocen las ventajas las mismas que están relacionadas con las de mayor escolaridad.

El mayor porcentaje de madres refieren haber sufrido dolor de las mamas y vergüenza en los primeros días postparto, lo que dificulto adquirir una técnica de amamantamiento con la cual se sintieran cómodas debido a la falta de práctica.

El total de las madres encuestadas cree que la leche materna evita que sus hijos/as enfermen y ayuda a mantener la salud.

Palabras claves: Lactancia materna-psicologia, leche materna, relaciones madre-hijo, lactante, centros de salud, zonas urbanas, Azuay-Ecuador.



INDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	12
1. Planteamiento del problema	14
1.1. Justificación	
CAPÍTULO II	15
2. Marco referencial	15
2.1. Reseña histórica	16
2.2. Ubicación	16
2.3. Planta física	16
2.4. Cobertura	16
2.5. Recurso humanos	16
2.6. Programas y servicios que brinda el Subcentro de salud	17
2.7. Recursos materiales	17
2.8. Patologías más comunes	18
2.9. Comunidades anexas	18
2.10. Límites geopolíticos	19
2.11. Características geográficas	19
2.12. Vivienda	20
2.13. Vías y medios de comunicación	20
2.13.1. Vías de acceso y condiciones de caminos	20
2.13.2. Medios de comunicación	21
2.14. Características demográficas	21
2.15. Composición familiar de la parroquia Monay	21
2.16. Características socio culturales de la parroquia Monay	22
CAPÍTULO III	23
3. Marco teórico	23
3.1. Lactancia materna	23
3.2. Antecedentes de la lactancia materna	24
3.3. Impacto de la lactancia materna en el desarrollo intelectual de los niños	
3.4. La importancia de la leche materna	26
3.5. Lactancia materna e impacto social y medioambiental	27
3.6. Lactancia materna y la cultura	27
3.7. Factores que afectan a la lactancia	28
3.7.1. Clase social y educación	28
3.7.2. Áreas rurales y urbanas	28
3.7.3. Ocupación	29
3.7.4. Otros factores	29
3.8. Lactancia materna en el Ecuador	29
3.9. Implementación del código internacional	33
3.10. Programas que dispone el Ecuador a favor de la lactancia materna	34
3.11. Lactancia materna y experiencias	35
3.11.1. Referencias de aplicación o resultados de la investigación	35
3.12. Morfología y fisiología de la glándula mamaria	38



3.12.1. Anatomía de la mama	38
3.12.2. Estructura de la glándula mamaria	40
3.12.3. Fundamentos fisiológicos	42
3.13. Composición de la leche materna	42
3.13.1. Calostro	43
3.13.2. Leche de transición	43
3.13.3. Leche madura	43
3.14. Constituyentes de la leche humana con otras funciones	45
3.15. Conocimientos de la lactancia materna	46
3.15.1. Lactancia materna a demanda	46
3.15.2. Importancia de la posición	46
3.15.3. Forma cómoda de aprender a dar de lactar	47
3.15.4. Adaptación de la boca del niño al pecho de la madre	47
3.15.5. Influencias para un destete precoz	48
3.15.6. Alojamiento conjunto	49
3.16. Problemas al amamantar	50
3.16.1. Primeros problemas	50
3.16.1.1. Causas	51
3.16.1.2. Forma de evitarlas	51
3.16.2. Problemas que pueden aparecer en las primeras semanas	52
3.16.3. Problemas de aparición más tardía	52
3.16.4. Factores que influyen para un destete temprano	54
3.17. Extracción de la leche materna	54
3.17.1. Extracción manual	55
3.17.2. Procedimiento de extracción	55
3.17.3. Evitar estos movimientos	56
3.17.4. Agentes que influye a en un destete precoz	56
3.18. Conservación y transporte	56
3.18.1. Tipo de conservación	57
3.18.1.1. Temperatura ambiente	57
3.18.1.2. En el frigorífico	57
3.18.1.3. En un congelador doméstico	57
3.19. Ventajas de la lactancia materna	58
3.19.1. Lactancia materna y ventajas para el niño/a	58
3.19.2. Lactancia materna y beneficios para la madre y la familia	58
3.19.3. Lactancia materna y beneficios económicos	59
3.19.4. Lactancia materna y ventajas ecológicas	59
CAPÍTULO IV	61
4. Diseño de la investigación	61
4.1. Objetivos	61
4.1. 1. Objetivo general	61
4.1.2. Objetivos específicos	61
4.2. Diseño metodológico	62
4.2.1. Tipo de investigación	62
4.2.2. Tipo de estudio	62
4.2.3. Método de investigación	62
4.2.4. Técnicas de investigación	63



4.2.5. Instrumentos	63
4.2.6. Unidad de observación	64
4.2.7. Unidad de análisis	64
4.3. Tabla N° 4.: Matriz del diseño metodológico	65
4.4. De la teoría y la realidad de la lactancia materna ética y bioética	67
4.5. Grafico N° 2: Asociación empírica de variables	69
4.6. Matriz de operacionalización de variables	70
4.7. Población de estudio y muestra	75
4.7.1. Universo	75
4.7.2. Muestra	75
4.7.3. Área de estudio	75
4.7.4. Criterios de inclusión	75
4.7.5. Criterios de exclusión	75
4.7.6. Procedimientos para recolección de información	75
4.7.7. Instrumentos y métodos	76
4.8. Implicaciones éticas y bioéticas	76
4.8.1. Éticas	76
4.8.2. Bioéticas	76
CAPÍTULO V	77
5. Resultados	77
CAPÍTULO VI	92
6. Conclusiones	92
Bibliografía	94
Anexos	96



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**LACTANCIA MATERNA, EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES, DE LA
PARROQUIA MONAY. SUBCENTRO DE SALUD No. 3 "TOMEBAMBA".
PROVINCIA DEL AZUAY. CUENCA. 2009 – 2010.**

**TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA.**

AUTORAS: VERÓNICA MUY VÁSQUEZ

LORENA ZAMBRANO TIGRE

DIRECTORA: LCDA. MARÍA AUGUSTA ITURRALDE A.

ASESORA: LCDA. OLGA GUILLÉN C.

**CUENCA – ECUADOR
2010**



DEDICATORIA

Este trabajo dedico a mis padres y a Dios por ayudarme a cumplir mis metas y el por apoyo brindado en la realización de este trabajo.

Verónica



DEDICATORIA

Este trabajo dedico a mi madre que me ha brindado su apoyo y en especial a mi hijo y a Dios por la fortaleza que representan en mi vida.

Lorena



AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias Médicas y a la escuela de Enfermería por brindarnos la oportunidad de formarnos para llegar a ser profesionales.

A nuestras maestras en especial a la Licenciada María Augusta Iturralde de Páez y a la Licenciada Olga Guillén Cabrera, las mismas que nos han brindado su apoyo y colaboración en este trabajo de investigación.

A las personas que nos colaboraron con información y testimonios para el desarrollo de tema.

La Autoras.



RESPONSABILIDAD

Los conceptos y criterios vertidos en este informe son de exclusiva
responsabilidad de las autoras.

Verónica Muy Vásquez

Ruth Lorena Zambrano Tigre



INTRODUCCIÓN

En la lactancia materna se aplican y se expresan los valores de las diferentes culturas de nuestra ciudad, el país y el mundo, la misma que ha tolerado transformaciones a través del tiempo, adaptándose a cada época. El amamantamiento es una experiencia de vida que ha sido transmitida a través de las generaciones con innovaciones por los cambios socio culturales y el desarrollo de los pueblos.

La etapa del amamantamiento se caracteriza por ser un periodo de adquisición de experiencias y cambios tanto físico y psicológico donde interviene la cultura, la sociedad y la familia para que este se desarrolle de manera adecuada o incorrecta.

La lactancia materna se considera que es un proceso natural aprendido dentro del ámbito familiar y social, que permite la unión entre madre e hijo, también como ya es conocido es un factor protector importante para la madre y el niño desde el punto de vista nutricional, inmunológico, psicológico y emocional. Además ayuda a mejorar el presupuesto familiar con el ahorro de tiempo y dinero que ocasiona la compra de leche de fórmula y otros implementos que requiere la lactancia artificial, así como también ayuda al cuidado de la ecología que debería ser una prioridad para todos, por las secuelas que puede tener a corto y largo plazo el deterioro del medio ambiente, promocionar la lactancia materna es una forma de reducir la cantidad de residuos generada en las familias que han adoptado la lactancia artificial. La leche de madre es una de las escasas actividades del ser humano en las que el impacto medioambiental es nulo, al no producir residuos y a más de proporciona beneficios en relación con la salud del niño/a y de la madre.

La OMS recomienda que a partir de los seis meses se inicie a proporcionar a los lactantes alimentos complementarios, más leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad, y 3 veces al día más un alimento nutritivo de los 9 a los 11 meses. Entre los 12 y los 24 meses, deben dárseles tres comidas y pueden ofrecérsele otros dos alimentos, si lo desean. Los alimentos deben ser



adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los mismos que deben ser preparados higiénicamente para evitar al máximo el riesgo de contaminación.¹

Los niños amamantados enferman con menor frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello disminuye la deserción laboral de los padres al no tener que permanecer al cuidado de su hijo/a enfermo, además ayuda a la economía familiar.

En nuestro país el inicio temprano de la lactancia es el tercer paso contemplado en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, como uno de los indicadores que contribuye al éxito de la lactancia materna.

En el país según la encuesta ENDEMAIN, 2004 se observa que el **26.4%** de las madres empezó el amamantamiento en la primera hora después del parto; este bajo porcentaje indica una práctica no habitual en los servicios de salud. Según el lugar del parto las madres atendidas en un establecimiento del MSP inician la lactancia materna más temprano que las atendidas en otros establecimientos de Salud.

El mantenimiento de 6 meses de lactancia exclusiva ha demostrado beneficios importantes como la reducción del riesgo de enfermar y morir por causas prevenibles y muy prevalentes en la infancia como son las infecciones diarreicas y respiratorias. De igual manera otorga ventajas a la madre como son la pérdida de peso y su uso como un método natural para la anticoncepción, si es ha demanda. La lactancia natural se ha puesto a prueba a lo largo de la evolución de la humanidad.

¹ OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16de abril de 2002. A55/15. Ginebra, <http://www.who.int/gb/EB-WHA/PDF/WHA55/EA5515.PDF>.



CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Leche materna constituye el único recurso natural, y es por esto considerada la única fuente alimentaria para lactantes, también promueve una mejor relación de madre – hijo ya que se forma un vínculo emocional desde el nacimiento hasta los dos años de edad, fortaleciendo la confianza, seguridad y el amor. La leche materna posee las mejores sustancias nutritivas para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño y todas sus funciones por esto se incentivan a las madres que continúe alimentando a sus niños con este recurso para que en el futuro tenga hijos sanos y fuertes.

Es necesario educar a los padres para un amamantamiento precoz, indicar los nutrientes que dispone la leche materna para evitar la desnutrición, esta puede ser causa de un destete temprano, una mala dieta o de la incidencia de infecciones.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004), 48.7% de 10805 mujeres ecuatorianas entre 15 a 39 años que fueron consultadas y dieron de amamantar a sus hijos de forma exclusiva durante los tres primeros meses de vida, esta estadística incluye al 32.7% de 5876 madres del área urbana y el 63.2% de 4292 madres de la zona rural.

Mientras que la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida.

La transición desde la lactancia materna exclusiva hasta el consumo de los alimentos de la familia es un periodo delicado. Es el período en la que muchos niños infantes comienzan a padecer problemas de nutrición, lo que favorece a la elevada prevalencia de la malnutrición entre los niños menores de cinco



años en todo el mundo. Es fundamental, que los niños reciban alimentos complementarios apropiados, suficientes y seguros para que el paso de la lactancia a la alimentación familiar se promueva sin complicaciones. Las estadísticas según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004), revelan que la desnutrición crónica a nivel nacional es de 23.2% lo que indica que cada 100 niños menores de cinco años, existen 23 niños que están sufriendo condiciones adversas en su crecimiento.²

Para mejorar la salud de los niños hay que fomentar la educación a las madres dándoles a conocer la importancia y los beneficios que el niño/a tiene al alimentarse únicamente con leche materna durante los primeros seis meses, ya que esta ayuda a terminar el desarrollo del recién nacido a través de carbohidratos, proteínas y grasas, enzimas digestivas, minerales, vitaminas y anticuerpos proteínicos, que lleva la leche a más de brindar seguridad y forma un vínculo emocional madre e hijo, logrando de esta manera que el desarrollo saludable del niño evitando problemas de desarrollo, crecimiento y sobre todo frenando enfermedades gastrointestinales, respiratorias e infecciosas prevalentes durante los primeros años de vida.

En el Ecuador la Lactancia Materna es una práctica generalizada, teniendo inicio dentro de la primera hora y un día después del parto. Según ENDEMAIN – 2004 indican que el 26.4% de madres inician el amamantamiento durante la primera hora seguida del parto y el 73.6% en el primer día. Indica también que la duración promedio de la lactancia materna total es de 16.2 meses de edad.

² CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud Materno Infantil. ENDEMAIN2004. Pág. 246. INEC.



1.1. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación describe las experiencias físicas, psicológicas sociales que durante el periodo de lactancia materna tienen las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca

Para los fines de la investigación definimos "las experiencias" como influencia de contenidos sobre el periodo amamantamiento, surgido de la lectura de textos, estudio encaminado o dispuesto en donde se adquirió información al respecto o, simplemente las concepciones que se establecieron a través del contacto social o cultural.

Las experiencias las definimos como un conocimiento de vida que generada en juicios, opiniones y puntos de vista se pronuncian en los comportamientos sociales y culturales ejerciendo fuerza de opinión absoluta de aceptación o rechazo por las madres y su familia.

Los conocimientos se constituyen en una vivencia que congrega pensamientos y comportamientos mantenidos en las prácticas que cada mujer desarrolla durante el periodo de lactancia, tomando en cuenta los procesos de cambio que se han producido por la promoción de la lactancia artificial.

En esta investigación describe las experiencias de las mujeres en periodo de amamantamiento con el fin de contar las experiencias positivas y negativas que demanden un énfasis en la promoción y orientación de la lactancia materna durante el embarazo y el amamantamiento al niño/a.

En el proceso de estudio, investigación y análisis se conocerá las prácticas culturales y diarias de las madres y su familia durante la lactancia.



CAPITULO II

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. RESEÑA HISTÓRICA

En 1979 el Banco Ecuatoriano de la Vivienda (BEV) fue auspiciante para la construcción de las casas de la ciudadela Tomebamba, meses después fueron utilizadas para dar hospedaje a deportistas de diferentes países, poco a poco fueron estas casas habitadas y se pobló el sector. En 1990 se hicieron entrevistas, encuestas a los moradores del sector y llegaron a considerar la necesidad de tener un centro médico cercano, se hicieron gestiones con los pobladores logrando conseguir una casa adecuada y con la ayuda de la Jefatura de Salud se formó el Subcentro de Salud Tomebamba, el cual atiende hasta la actualidad.

Foto N°1: Local donde funciona El Subcentro de Salud “Tomebamba”



Elaboración: Las Autoras.



El Subcentro de Salud Tomebamba, pertenece al área de salud N° 3 de la Ciudad de Cuenca. La misma que les brinda los insumos y medicamentos necesarios para la atención de la población de la parroquia Monay.

2.2. UBICACIÓN

- Está ubicada en la Provincia del Azuay, al noreste del cantón Cuenca y pertenece a la parroquia de Monay.
- Asentada en el área urbana de la ciudad, se encuentra a 15 minutos del centro de la ciudad en automóvil por carretera asfaltada.

2.3. PLANTA FÍSICA

En la actualidad el Subcentro de Salud Tomebamba funciona en un nuevo local dentro de la misma parroquia (Cdla. Bosque de Monay), al cual fue trasladado para una mejor atención, ya que este local cuenta con una infraestructura con mayor amplitud que la anterior.

La casa del Subcentro de Salud Tomebamba es construida de ladrillo, hierro, madera, eternit, baldosas, cuenta con infraestructuras sanitarias básicas.

2.4. COBERTURA

Comprende a la Parroquia Monay, la misma que limita así:

- Al norte: con la parroquia Totoracocha.
- Al sur: con la parroquia El Valle.
- Al este: con la parroquia Huayna – Cápac.
- Al oeste: con la parroquia Machángara.

2.5. RECURSO HUMANOS

- Dos médicos generales.
- Dos odontólogos.
- Dos licenciadas en enfermería.
- Dos auxiliares de enfermería
- Una interna de medicina



- Tres internas de enfermería

Es un equipo multidisciplinario que abástese a los habitantes de la parroquia que se hacen atender en el Subcentro de Salud, de lunes a viernes en el horario de 8h00 am a 12h00 y de 13h00 hasta las 17h00.

2.6. PROGRAMAS Y SERVICIOS QUE BRINDA EL SUBCENTRO DE SALUD

- Atención médica, odontológica, vacunación.
- Inyecciones.
- Planificación familiar y anticoncepción.
- Entrega de MI BEBIDA a madres embarazadas.
- Atención gratuita a niños menores de 5 años.
- Entrega de MI PAPILLA a niños de 6 meses a 2 años de edad.

La consulta médica es gratuita, la atención a niños menores de 5 años, planificación familiar, atención en odontología y referente a maternidad, control de fertilidad es gratuita. Actualmente se trabaja con el AUS, programa que favorece las personas que reciben el bono solidario.

2.7. RECURSOS MATERIALES

EL Subcentro de salud Tomebamba dispone de todos los materiales e insumos para dar atención diaria a los pobladores del sector y sus áreas de influencia.

Cuenta con:

- Cuatro termos para el transporte y traslado de las vacunas.
- Una refrigeradora y un frigorífico.
- Un doppler.
- Un computador.
- Un tallímetro.
- Dos Básculas pesar niños y adultos.



- Camillas para examinar.
- Fuente de luz.
- Set de diagnóstico.
- Equipos de curación, gasas y algodón.
- Equipo de esterilización.
- Envases de recolección de muestras.
- Estetoscopios, tensiómetro, cinta métrica.
- Medicación gratuita.
- Suplementos vitamínicos y nutricionales.
- Materiales de asepsia y antisepsia.
- El departamento odontológico cuenta con los materiales y equipos necesarios.

2.8. PATOLOGIAS MÁS COMUNES

- Faringitis
- Diarrea
- Parasitismo
- Amigdalitis
- Lesiones de la piel
- Infecciones respiratorias
- Neumonía
- Desnutrición
- Transgresión alimentaría

2.9. COMUNIDADES ANEXAS

- Rayo Loma
- Villa Nueva
- Casa Para Todos
- Monay 1
- Monay 2



- Baguanchi
- Cruce de Monay
- Castilla Cruz
- Santa Teresita
- Emilio Sarmiento
- Monay Alto

2.10. LIMITES GEOPOLÍTICOS

Figura No.1: Mapa De la Parroquia Monay



Fuente: Archivos del centro de salud “Tomebamba”

- Norte: Av. 24 de Mayo.
- Sur: con la autopista Cuenca Azogues.
- Este: Bosque de Monay 2
- Oeste: Quebrada Santa Teresita.

2.11. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

Orografía: Se encuentra a una altitud de 2535 metros sobre el nivel del mar, consta de un terreno plano con accidentes geográficos.



Hidrografía: Hacia el norte se encuentra el Río Tomebamba que corre de Oeste a Este, el que divide en dos a la ciudad; y por el oeste se encuentra la Quebrada de Santa Teresita.

Clima: Posee un clima de templado a frío, con una temperatura aproximada de 15 °C.

Flora: Se encuentra una gran cantidad de áreas verdes, parques ecológicos, un parque lineal, bosques de eucalipto, pino, etc., flores de varios tipos y colores.

Fauna: Aves y mariposas que rodean el lugar además de roedores y animales domésticos (perros, gatos, vacas, entre otros).

2.12. VIVIENDA

Según datos proporcionados por el INEC indicamos que la población de la parroquia Monay es alrededor de 15.860 habitantes, existiendo 3.663 viviendas ocupadas, la superficie de Ha. es de 511 y una densidad habitante/Ha de 31,0.

En la actualidad la mayoría de las viviendas están remodeladas, originalmente constaban de tres dormitorios, sala, comedor, baño, cocina y, dos patios. Construidas con ladrillo, madera, hierro, eternit, baldosas, duela.

Cuentan con infraestructura sanitaria básica como: agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, telefonía, recolección de basura los días martes, jueves y sábado.

2.13. VÍAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

2.13.1. VÍAS DE ACCESO Y CONDICIONES DE CAMINOS

Sus principales vías son la Av. 24 de Mayo y la autopista Cuenca – Azogues, las mismas que son asfaltadas y se encuentran en buen estado de mantenimiento.



Estas dos vías de acceso se encuentran a pocos metros del Subcentro de salud.

Existen cuatro líneas de buses que brindan servicios de transporte urbano de las 6H00 a las 22H00 los mismos que circulan con un intervalo de cinco minutos cada uno, con un valor del pasaje de 25 centavos de dólar.

2.13.2. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El 98% de la población tiene acceso a medios de comunicación como: Televisión nacional y por cable, telefonía, Internet, radio, prensa local, nacional e internacional. Además a través del párroco los días domingos al culminar la celebración eclesial se imparten boletines informativos. Por otro lado existen grupos etéreos que se reúnen para impartir noticias de acciones que se han logrado en el sector.

2.14. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La población correspondiente a la parroquia Monay según datos del último censo realizado por el INEC en el año 2001 corresponde a 15.860 personas de los cuales 7.559 son hombres y 8.301 son mujeres.

La población estimada para la unidad operativa del 2010 es de 7577 personas.

2.15. COMPOSICION FAMILIAR DE LA PARROQUIA MONAY

La población de la parroquia Monay tiene al alrededor de 15.860 habitantes. La mayoría de familias están compuesta de 3 y 6 miembros con jefe de familia bajo matrimonio en la mayoría de los casos, hay casos que viven hasta 13 personas en una sola casa, en la mayoría de casos existen rupturas familiares por la migración especialmente a los Estados Unidos que es del 35% debido a la crisis económica y escasa fuentes de trabajo en el país.

No se perciben riesgos sanitarios en cuanto a infraestructura, pues la zona al ser área urbana cuenta con los servicios básicos. En lo referente a riesgos



socioeconómicos y psicológicos, estos son altos por la migración en gran número que experimenta la comunidad.

2.16. CARACTERISTICAS SOCIO CULTURALES DE LA PARROQUIA MONAY

La mayoría de la población es católica, también existen grupos minoritarios de otras religiones como evangélica, y testigos de Jehová, todos con sus respectivos templos y capillas. La fiesta tradicional es la de santa Teresita celebrada el 15 de Octubre.

Cuenta con un parque lineal que adorna el lugar y sirve de distracción a propios y extraños. Cuenta con una guardería “Ardillitas del Bosque de Monay”, escuela mixta Iván Salgado”, el Seminario mayor que esta junto a la iglesia y un colegio mixto “César Andrade”.

La vestimenta en la mayoría de personas consta de falda, pantalón, camisa, blusa y un mínimo porcentaje de la población usa pollera.

El 89% de la población tiene instrucción básica, y el 10% ha alcanzado instrucción superior; el 1% son analfabetos, por lo general ancianos. En lo concerniente a la economía, la mayoría de sus habitantes son empleados públicos, privados y jubilados, por lo que perciben una remuneración mensual, otra minoría se dedica al libre comercio.



CAPITULO III

3. MARCO TEÓRICO

3.1 LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la alimentación del niño/a con la leche producida por la madre. Es alimentar, confortar, proteger y comunicarse duran la etapa de lactancia lo que fortalecerá el vínculo madre-niño/a. La leche materna proporciona mejor nutrición y reduce riesgos de enfermar. Su composición es esencial para el desarrollo neurológico y físico de los lactantes, traduciéndose en las capacidades intelectuales futuras.

La lactancia materna es la forma que la naturaleza tiene de proporcionar alimento al recién nacido, es el comienzo ideal para una relación oportuna y sana entre la madre y el hijo.

Pese a ello, en las últimas décadas se ha observado una disminución del número de mujeres que amamantan a sus hijos, fenómeno relacionado con los nuevos estilos de vida, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la gran influencia de la lactancia artificial, etc.

La leche materna es el alimento más completo que puede tomar un bebe porque su composición se va adaptando a las necesidades de cada etapa y además incorpora anticuerpos que inmunizan al bebe de las enfermedades.

“La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible.”

Es un objetivo fundamental recuperar el amamantamiento para confinar una serie de mitos e ideas ilógicas, sin fundamento científico, que han adoptado la población. Es necesario saber sobre los conocimientos actualizados de la lactancia natural, no sólo en aspectos importantes como la nutrición, sino también de manejo práctico y de consejos para la lactancia. Ello permite que la



mujer tome una decisión informada en lo que respecta a la alimentación de su hijo, con el convencimiento de que, desde un punto de vista nutricional, el desarrollo del bebé está garantizado con la lactancia materna.

3.2 ANTECEDENTES DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna ha sido un método utilizado durante siglos. Se conoce a través de la historia que en los imperios egipcios, griegos y romanos, las mujeres usualmente alimentaban sólo a sus propios hijos. Sin embargo, la lactancia materna empezó a ser visto como algo demasiado común, por lo que se emplearon nodrizas para amamantar a los hijos de las familias reales. Esto se extendió a través del tiempo, sobre todo en Europa occidental, donde las mujeres nobles recurrirán con frecuencia a las nodrizas para que alimenten a sus hijos a cambio de dinero.

Previo a los años 40 existía duda y escepticismo por parte de los médicos y científicos quienes consideraban a este procedimiento como “mito cultural” y desvalorizaban los beneficios de la leche materna. A partir de los años 50, hasta nuestros días ha existe una difusión mayoritaria de esta práctica y el personal de salud admite las bondades de la leche materna y colabora con las madres.

A partir del siglo **XX** existe un renovado compromiso por la lactancia materna, motivado por las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil. Entre las cuales se destacan:

1979: Se efectúa una reunión OMS – UNICEF sobre prácticas de alimentación infantil. Se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

1981: La AMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.

1989: Declaración conjunta OMS – UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural.



1989 Ginebra Declaración conjunta UNICEF – OMS: Diez pasos hacia una feliz lactancia exitosa:

1. Disponer de una política.
2. Capacitar a todo el personal.
3. Capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna.
4. Iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia.
6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva.
7. Facilitar el alojamiento conjunto.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños biberones y chupones.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo.

1990: Declaración de Innocenti. Los hospitales amigos de los niños se acreditan al cumplir los diez pasos para una lactancia feliz.

1992: Conferencia internacional de nutrición y Plan de Acción de Nutrición. Roma.

WABA, UNICEF, RED IBFAN entre otros, promueven la primera semana mundial de la lactancia materna del 1 al 7 de agosto. Tema: Hospitales amigos de los Niños.

1999 Resolución 412 que establece las normas y guías de atención.

3.3 IMPACTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO INTELECTUAL DE LOS NIÑOS

El recién nacido tiene complejas competencias, en su comportamiento que le permiten ser un participante activo en su propia experiencia social desde muy temprano. En este contexto el niño desarrolla un concepto de sí mismo y de los



otros, de las reglas de interacción y del intento comunicativo de su comportamiento y el de los demás.³

La lactancia materna ayuda en al desarrollo psicológico proporcionando el ambiente interactivo óptimo para el niño y más aun sobre el desarrollo directo del Sistema Nervioso Central (SNC) proporcionándole a los niños/as una mayor capacidad intelectual.

La lactancia materna es un conjunto de valores indispensables en el desarrollo integral de los niños y por ende de la sociedad en general.

La lactancia materna es un eje integrador en el cual confluyen una serie de aspectos sociales, políticos y culturales que hacen del acto mismo de amamantar una verdadera integración de todos los aspectos inherentes al ser humano. También esta situación proporciona una experiencia de aprendizaje directa basada en la interacción. La autoestima materna, competencia y confianza en el rol materno y un aumento del sentimiento de valorización personal, son grandes avances psicológicos que han sido demostrados en madres que amamantan exitosamente a sus bebés.

La lactancia materna es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva. La leche materna es un recurso material de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro.

3.4 LA IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA

La leche materna es muy nutritiva, muchas veces las madres no se dan cuenta hasta donde pueden beneficiar a su hijo. Posee un efecto inmunológico, antialérgico, también podemos reconocer aspectos en el referente al desarrollo psicológico y emocional. La lactancia materna constituye además un acto de

³IMPACTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO INTELECTUAL DE NIÑOS.
<http://www.geosalud.com/Nutricion/lactanciainteligencia.htm>



amor que tiene gran repercusión en el desarrollo emocional del niño y permite prolongar la relación afectiva de madre e hijo.

Una lactancia bien instituida es una práctica que a la mayoría de las madres les permite tener al niño/a en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño/a al incrementarse su autoestima.

3.5 LACTANCIA MATERNA E IMPACTO SOCIAL Y MEDIOAMBIENTAL

Los niños alimentados con leche materna enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello disminuye el absentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y también se consumen menos recursos sanitarios. En un momento en el que el cuidado medioambiental debería ser una prioridad para todos por las consecuencias que puede tener a corto y largo plazo el deterioro del medio ambiente, promocionar la lactancia materna es una forma de disminuir la cantidad de residuos generada en las familias (botes de sucedáneo de leche de madre, biberones, tetinas, etc.). La leche de madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre.

3.6 LACTANCIA MATERNA Y LA CULTURA

La lactancia materna es un reflejo de los valores de cada cultura. Como tal, la lactancia ha tolerado transformaciones a través del tiempo y ha tenido que adaptarse a cada periodo. El amamantamiento ha estado presente en la historia de los pueblos, ha sido un tema tratado por los libros sagrados, los filósofos, los científicos, los moralistas, las madres, etc. Este es el origen de muchos mitos y tabúes que todavía se conservan.

Las creencias tradicionales en la mayoría países en desarrollo son transmitidas de diferentes maneras para crianza de sus hijos recién nacidos. Actualmente se calcula que el 90% de las madres en América Latina y el Caribe amamantan



a sus recién nacidos, menos de un tercio los amamantan exclusivamente durante seis meses.

3.7 FACTORES QUE AFECTAN A LA LACTANCIA

3.7.1 CLASE SOCIAL Y EDUCACIÓN

La educación y la clase social de una mujer afectan su motivación para amantar, sin embargo el modo como se afecta es diferente. En algunos países industrializados, la alimentación al pecho se ha vuelto menos común entre las mujeres con nivel educativo superior y de la clase alta, que tienden con mayor frecuencia a alimentar a sus hijos artificialmente. Mientras que en los países en desarrollo aún existen grupos de madres que amamantan a sus hijos, la mayoría de estas no tienen niveles de estudios completos y pertenecen a clases sociales media y baja. Sin embargo, la influencia de la alimentación artificial ha aumentado debido a la propaganda realizada por los productores de sucedáneos.

3.7.2 ÁREAS RURALES Y URBANAS.

El modo como una madre alimenta a su bebe en el hogar es diferente de una a otra, ya que depende de costumbres adquiridas dentro del entorno familiar y la sociedad, esto incluye si habita en el área urbana o rural, puesto que la alimentación artificial se ha extendido en toda la sociedad, la alimentación artificial llega a buenos lugares con buenos caminos y medios de transporte.

En las áreas urbanas ha disminuido la alimentación con ceno materno debido a la facilidad de adquisición de sucedáneos y a la incorporación de la mujer al mercado laboral lo cual hace que alimenten a sus hijos con leches artificiales, no así en el rural que la mayoría de mujeres se dedica al cuidado de sus hijos y el acceso a leches de fórmula es más difícil. En los pueblos por lo general no cuentan con un sistema de asistencia que servirá para promover la alimentación al pecho.



3.7.3 OCUPACION

La ocupación influye en la lactancia materna debido a que las madres tienen que dejar de amamantar a sus hijos prematuramente, debido a sus labores fuera de su residencia, mientras que las mujeres que trabajan en sus hogares o son amas de casa tienen mayores posibilidades y cuentan con mayor tiempo para el amamantamiento de sus hijos.

Esto crea que el destete se más temprano en las mujeres que laboran fuera de su hogar e influya en la salud, crecimiento y desarrollo de sus hijos.

3.7.4 OTROS FACTORES

Algunas mujeres temen que sus pechos cambien de forma con la lactancia y que pierdan su atractivo. Esto influye para que abandonen el amamantamiento y alimenten a sus hijos con leche artificial.

Desde luego que llegan a producirse cambios en las mujeres con muchos hijos y cuando son mayores. Si una madre alimenta a su bebé con ambos pechos y con frecuencia para que no se le sobrellenen y se les distienda durante periodos largos, no pierden su forma.

3.8 LACTANCIA MATERNA EN EL ECUADOR

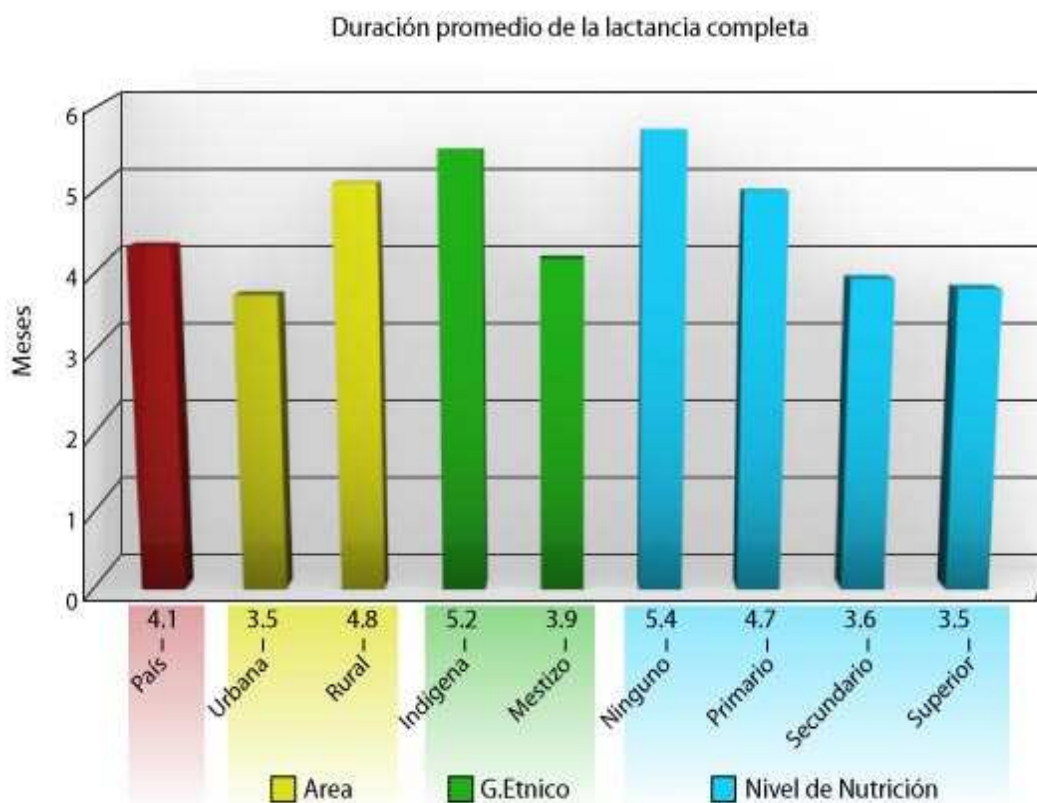
En nuestro país la lactancia materna es una práctica generalizada. El amamantamiento y la alimentación complementaria oportunas han sido identificadas como dos de las tres intervenciones de prevención más eficaces disponibles para prevenir la mortalidad infantil.

En el Ecuador la lactancia materna se inicia en el 96.7% de los recién nacidos. Mientras que el 26.4% de las madres empezó el amamantamiento en la primera hora y el 73.6% en el primer día. La proporción de madres que inician la lactancia durante la primera hora es mayor en la Sierra que en la Costa con un 31.7% contra 20.4% pero no existe una gran diferencia en aquellas que lo



inician durante el primer día. Considerando los quintiles económicos, las mujeres más pobres tienden a iniciar más temprano que las mujeres de los quintiles más altos. Según lugar del parto, las madres que tuvieron el parto en un establecimiento del MSP inician más temprano que las madres cuyo parto ocurrió en un establecimiento del IESS o en una clínica u hospital privado.⁴

Grafico No. 1: Duración promedio de la lactancia completa.



Fuente: CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social).
Encuesta demográfica de Salud ENDEMAIN2004.
Elaboración: CEPAR

Según encuestas realizadas por el ENDEMAIN - 2004 la duración de la lactancia exclusiva es de 2.7 meses con un incremento de 0.5 meses entre

⁴ LACTANCIA MATERNA Y NUTRICIÓN.
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/12_lactnutricion.pdf



1999 y 2004. La lactancia exclusiva es más alta en la zona rural 3.6 meses, que en la zona urbana, 1.7 meses.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva es del **39.6%**, siendo mucho mayor en el área rural 53,9%, para las madres del quintil más bajo (50.7%) y para los niños de madres que no trabajan (39%).

El porcentaje de niños que reciben lactancia es también mayor en la sierra que en la costa (52.9% vs. 25.4%) y es más del doble para niños de madres indígenas (71.6%) que para los de madres mestizas (34.5%).

Tabla No. 1: Consejería sobre lactancia materna y tiempo que se inició la lactancia, según lugar de residencia. Nacidos vivos en los últimos cinco años antes de la entrevista. Ecuador: ENDEMAIN 2004

Lugar de residencia	Recibió consejería	Alguna vez lacto	Empezó a lactar		No. de casos
			Primera hora de nacido	Primer día de nacido	
Total	41.2	96.7	26.4	73,6	4498
Área					
Urbana	48.3	95.6	22.4	72.2	2282
Rural	31.8	98.1	31.7	75.3	2216
Región					
Costa	45.0	95.8	20.4	72.4	1656
Sierra	37.9	97.4	31.7	75.3	2474
Oriente	36.0	98.5	34.2	68.9	274
Insular	47.1	94.1	54.9	83.3	94

Fuente: CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud ENDEMAIN2004. INEC.

Elaboración: Las Autoras

En el país la tendencia de la exclusividad es decreciente en relación a la edad del niño, en los menores de 0 a 2 meses el 51.8% reciben lactancia exclusiva, pero al pasar al grupo de 3 a 5 meses cumplidos, el porcentaje se reduce considerablemente al 27.7%.⁵

⁵ CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud Materno Infantil. ENDEMAIN2004. INEC



Tabla No. 2: Duración promedio de la lactancia materna (en meses), por tipo de lactancia, según características seleccionadas. Niños/as de 0 a 59 meses de edad. Ecuador: ENDEMAIN 2004

Características seleccionadas	Tipo de lactancia			No. de casos
	Cualquier lactancia	Exclusiva	Completa	
Total	16.2	2.7	4.1	6103
Sexo del nacido vivo				
Hombre	16.2	2.3	3.8	3213
Mujer	16.1	3.2	4.4	2890
Grupo Étnico				
Indígena	20.0	4.8	5.2	832
Mestizo	15.9	2.3	3.9	4588
Blanco	15.0	2.7	3.6	361
Otro	15.3	2.6	5.5	422
Nivel de instrucción				
Ninguno	18.6	4.6	5.4	275
Primario	16.5	3.1	4.7	3027
Secundario	16.5	2.3	3.6	2165
Superior	14.0	2.0	3.5	636
Situación de empleo				
No trabaja	15.9	2.6	4.3	35931
Trabaja fuera de casa	16.8	2.7	3.5	1739
Trabaja dentro de casa	16.7	2.8	3.9	771
Quintil económico				
1 (más pobre)	17.1	3.4	5.2	2231
2	16.1	2.4	3.8	1485
3 (intermedio)	17.1	2.0	2.8	1077
4	16.0	1.9	3.6	772
5 (más rico)	13.2	3.1	3.5	538
Edad de la madre				
<30	15.7	2.6	3.9	43.78
30 o más	17.5	2.9	4.4	17.25
Incluye lactancia exclusiva y predominante, que significa solo seno o pecho y además agua u otros líquidos, excluyendo otros tipos de leche.				

Fuente: CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud ENDEMAIN2004. INEC.

Elaboración: Las Autoras

La duración de la lactancia, total, completa y exclusiva es más alta en el área rural que en la urbana, característicamente mayor en la Sierra que en la Costa.



Las madres indígenas presentan una mayor duración de amamantamiento, al igual que las madres con nivel de estudios primarios.

Los suplementos más comunes durante los primeros 2 meses son otras leches 26% o agua solamente 16.9%, en los niños de 3 a 5 meses se añade purés o alimentos semisólidos 26.1% y otras leches el 19%.⁶

3.9IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO INTERNACIONAL

En una reunión conjunta la OMS/UNICEF, en 1.979, deciden la redacción de un código de conducta que oriente la comercialización de productos que obstaculizaban la lactancia y fomentaban el destete precoz. Surge así, la primera política de apoyo a la lactancia materna con la aprobación en 1.981 del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.⁷

En el Ecuador en el año 1983 se implementa el primer reglamento concerniente a la Comercialización de Fórmulas alimenticias para Lactantes Niños menores de un año, uno de sus principales regulaciones se refiere a que la publicidad de estos productos, la que sería autorizada por el Ministerio de Salud Pública. Posteriormente, mediante Acuerdo Ministerial en el año 1993, se solicita que todas las instituciones públicas y privadas transformen sus prácticas materno-infantiles para que se implementen los 10 pasos para una lactancia materna exitosa y establece que las compañías fabricantes de fórmulas para lactantes cumplan con lo estipulado en el código de sucedáneos de leche materna. En ese mismo año, se firma un Código de conducta para productores y comercializadores de fórmulas alimentarias para lactantes que entre sus principales contribuciones está el de exigir a la industria no realizar actividades de promoción, publicidad, ni ofertas especiales de fórmulas, así como no entregar de forma gratuita o a precio reducido suministros de fórmulas infantiles y sucedáneos de leche materna.

⁶ CEPAR (Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social). Encuesta demográfica de Salud ENDEMAIN2004. INEC.

⁷ Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. OMS/UNICEF, 2003.



Posteriormente en los años 1995 y 1.999 se aprueba la Ley de fomento, apoyo y protección de la lactancia materna y su reglamento, respectivamente. En estos cuerpos legales establecen la regulación y control de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y son todos estos instrumentos vigentes en la actualidad que nos proporcionan herramientas para vigilar este Código tan importante para regular la promoción de los sucedáneos de la leche materna.⁸

3.10 PROGRAMAS QUE DISPONE EL ECUADOR A FAVOR DE LA LACTANCIA MATERNA

El programa de Lactancia Materna del MSP: El Ministerio de Salud, a través de las Direcciones Provinciales y las Unidades de Conducción de las Áreas de Salud, establecen en las Unidades Operativas (hospitales, Centros y Subcentros de Salud), los equipos para mejorar la calidad de atención materno infantil. Incorporando responsabilidades específicas como el análisis, difusión y retroalimentación al área y el usuario.

Los Bancos de Leche Materna: La primera iniciativa es la creación en el año 2007 del **Banco de Leche Materna del Hospital Ginecoobtétrico Isidro Ayora** para asegurar la alimentación exclusiva con leche materna a los niños del servicio de Neonatología del La Maternidad Isidro Ayora de Quito que lo requieran y de otros niños en casos especiales. Estos Banco se replicaran en el país en las diferentes maternidades.

La Celebración Anual de la Semana Mundial de la Lactancia Materna: Promoción de la lactancia materna con seminarios, conferencias nacionales, conferencias internacionales, concursos de fotos, participación ciudadana, servicio de consejería. La ONG Funbbasic es la impulsora de esta campaña para Lactancia Materna, de promoción esta práctica en la población.⁹

⁸ Historia de la lactancia materna. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.htm>

⁹ UNICEF/OMS. **PRÁCTICA Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL EN HOSPITALES AMIGOS DEL NIÑO.**



3.11 LACTANCIA MATERNA Y EXPERIENCIAS

Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza.

Para numerosas mujeres dar de mamar es el mejor regalo para su hijo/a; ya que dar el pecho hace crecer el amor y la confianza entre la madre e hijo/a. Es una oportunidad de tener contacto con la piel suave y caliente lo que a la madre le da tranquilidad.

La relación emocional que se transmite a través del amamantamiento no puede ser reemplazada con la lactancia artificial, así lo han expresado todas las madres que han dado de lactar. Es tal la unión que se establece entre madre e hijo, que llegado el momento del destete surgen momentos de malestar en ambos llegando a provocar en la madre sentimientos de tristeza y nostalgia.

Las mujeres que dan de lactar sienten que de esa manera protegen a su hijo/a y establece una relación emocional madre – hijo/a que las hace sentir con mayor seguridad y confianza en sí mismas. Muchas madres describen la lactancia materna como un vínculo indescriptible con sus hijos/as.

3.11.1 REFERENCIAS DE LA APLICACIÓN O RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La Sra. NN de 28 años de edad procedente de Macas y residente en Monay refirió: *“Dar de lactar a mi hija ha sido una de las experiencias más satisfactorias que he tenido como mujer porque se siente ser madre. En cuanto a los cambios que se produjeron en mi cuerpo al inicio de la lactancia fue que se agrietaron los senos debido a la falta de conocimientos que tuve sobre el cuidado de las mamas, esto me dificultó dar de amamantar a mi hija, pero supere eso y continué dando de lactar con el apoyo de mi familia.”*



La Sra. NN de 26 años de edad procedente y residente en Monay manifestó: *“Cuando comencé a dar de lactar a mi primer hijo se me agrietaron los senos, también me crecieron mucho debido a que tenía abundante leche esto hacía que me duelan y la única manera de evitarlo era sacándome la leche. Todo esto para mí fue difícil que pensé ya no darle el seno a mi hijo pero me sentía mal al mismo tiempo porque era como si no lo protegiera y quizá podía enfermarse porque sé que mi leche le hace fuerte y le protege de enfermedades.”*

La Sra. NN de 22 años de edad procedente de Valle y residente en Monay refirió: *“Durante la lactancia conté con el apoyo de mi familia y en el hospital me orientaron como dar de amamantar a mi niña, se que darle mi leche hará que crezca sana a demás así le demuestro cuanto lo mucho que la amo. Los primeros días de la lactancia fue tan difícil para mí porque tenía miedo de hacerle daño a demás por la falta de práctica no me sentía incómoda y creía que estaba haciendo las cosas mal pero el tiempo va pasando y uno ya se siente capaz y sobretodo segura de lo que hace pero siempre que alguien le oriente y le diga cómo dar el seno.”*

La Sra. NN de 18 años de edad procedente y residente en Monay refirió: *“Al dar de lactar a mi hijo me siento bien como madre aunque a veces estoy sensible o siento vergüenza cuando le tengo que dar de lactar donde hay personas desconocidas o en sitios públicos, también al inicio era difícil porque no podía darle el seno acostada y en las noches tenía que sentarme porque así me sentía más cómoda y segura. También ha sido difícil para mí tener que dejar a mi hijo al cuidado de mi suegra porque yo todavía estudiaba cuando nació y ya no le podía amamantar cuando él tenía hambre, en el colegio se me llenaban los senos y tenía que ir al baño para poder sacarme un poco de leche para que se me alivien un poco eso en un inicio, luego como que la leche se me iba secando y tuve que darle a parte de mi seno, leche de tarro.”*

La Sra. NN de 32 años de edad procedente y residente de Santa Teresita de Monay refirió: *“Cuando tuve a mi primer hijo dar de lactar fue tan difícil, a mí se*



me agrietaron los senos luego se me hicieron duros (mastitis) que tuve que ir al médico para poder dar de nuevo de lactar eso también luego de tomar medicamentos, por eso para mí amamantar me daba miedo porque en esa época nadie me indico como cuidarme los senos y como dar de lactar a mi hijo. Ahora como ya tengo experiencia y conocimiento es más fácil dar el seno a mi hija y es tan bonito además que no se enferman mucho y el rato que tienen hambre se les da en seguida.”

La Sra. NN de 27 años de edad procedente y residente de Monay refirió: *“Dar de es una experiencia bonita y una de las mejores de mi vida, sé que mi hijo al tomar mi leche crecerá sano porque mi leche tiene nutrientes y vitaminas necesarias para él y mientras le amamanto le puedo acariciar y me siento más segura, aunque al inicio es difícil a uno siente miedo de no estar haciendo bien o quizá de que el bebé se atore, también da vergüenza darle en seno en público pero luego a mi más le importa que mi hijo se sienta bien y no tenga hambre y se olvida si alguien me ve o no.”*

La Sra. NN de 23 años de edad procedente y residente en el Bosque de Monay refirió: *“Dar de lactar para mí fue una experiencia muy bonita porque uno tiene mayor confianza como madre y el hecho de darle mi leche es como darle lo mejor de mí, cuando mi hija nació se me hizo difícil ponerla al seno ya que no me acomodaba pero en el hospital me enseñaron como hacerlo y cada día que pasaba se me hizo más fácil lo que me hacía sentir más segura.*

Lo más difícil para mí ha sido no continuar con la lactancia debido a mi trabajo, ahora mi hija toma leche de fórmula y yo ya no tengo leche y eso hace que me sienta insegura pero la situación a uno la obliga aunque yo quisiera todavía darle mi leche.”

La Sra. NN de 38 años de edad procedente y residente de Rayoloma manifestó: *“Cuando di de lactar a mi primer hijo todo era nuevo para mí, me crecieron los senos por la leche, los senos se me agrietaron y cuando le amamantaba me dolía; también se me mancharon los senos (cloasma), pero mi mamá me curó con remedios caseros.*



Cuando yo he dado de lactar a mis hijos me he cuidado los cuarenta días después del parto para que no me dé el “pasma” y que no se me seque la leche sobre todo evitaba tocar cosas frías y cuando salía de la habitación me cubría bien la espalda para que no me dé el frío.”

3.12 MORFOLOGIA Y FISILOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA

La glándula mamaria es de origen ectodérmico y constituye una característica propia de los mamíferos, los mismos que alimentan a sus crías con la secreción de su leche.

En la mujer la glándula mamaria es la estructura anatómica denominada mama. La histología de la glándula mamaria tiene un parénquima glandular, compuesto de alveolos y conductos y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, las grasas, hidratos de carbono, sales, minerales, anticuerpos el agua que son los principales constituyentes de la leche.

3.12.1 ANATOMIA DE LA MAMA

Las glándulas mamarias en la mujer están escasamente desarrolladas hasta antes de la pubertad, las mismas inician su desarrollo cuando se comienza el proceso de la maduración. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo y principalmente en el periodo posterior del parto, durante la lactancia.

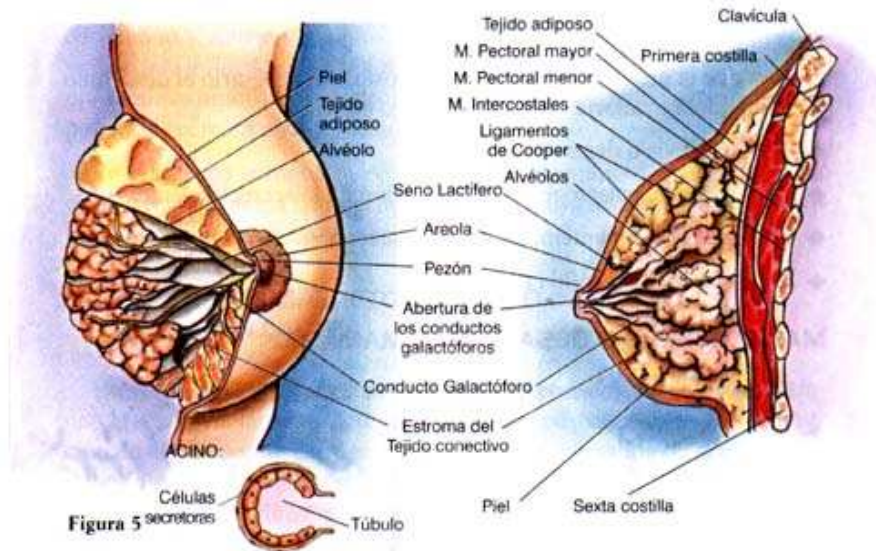
Las mamas están emplazadas en la parte anterior del tórax y pueden extenderse en medida variable en su cara lateral. Su forma varía de acuerdo a las características propias y genéticas de cada mujer de acuerdo a la edad y paridad.

La mayor porción de la masa de la mama está compuesta por tejido adiposo y fibroso. Su forma de consistencia depende principalmente del tejido adiposo.



Durante el embarazo y la lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular.

Figura No. 2: Anatomía de la Mama



Fuente: <http://www.google.com.ec/imgres?imgurl>

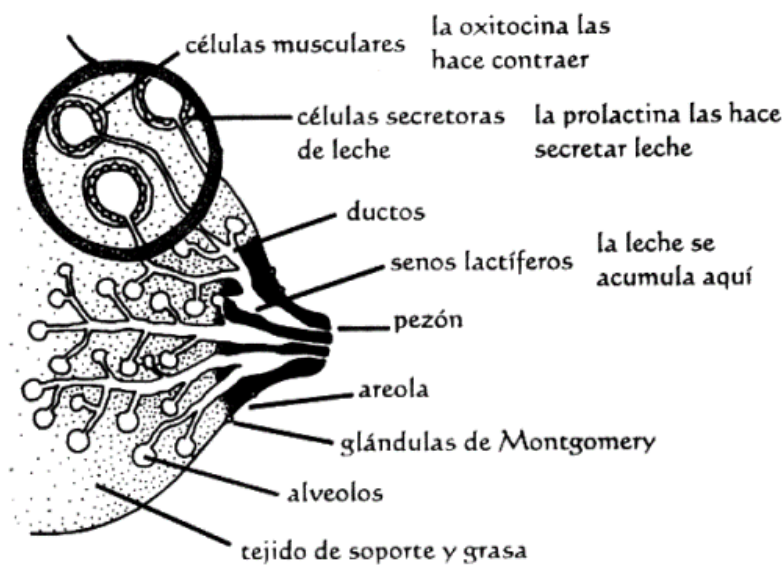
La base del tejido glándula mamaria se extiende, por lo general, desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. El área superoexterna de cada glándula se extiende hacia la axila y se denomina “prolongación axilar”. La cara profunda de la mama es ligeramente cóncava y se encuentra en relación con el musculo pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen. La mama está separada de estos músculos por la aponeurosis profunda. Entre ambas hay un tejido areolar laxo denominado espacio retro mamario; este permite que la mama tenga cierta movilidad sobre la aponeurosis profunda que cubre el plano muscular.

La cara superficial de la mama está cubierta por la piel. Alrededor del centro de esta cara se encuentra el pezón que está en relación con el cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel hiperpigmentada de 2.5 cm, denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al

estimular mecánicamente, originando la erección del pezón. La areola posee numerosas glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer en el embarazo y la lactancia levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery; estas contienen estructuras histológicas similares a la parte glandular de la mama. Y producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola se ubica las dilataciones de los conductos galactóforos llamados senos lactíferos, que acumulan leche el niño debe exprimir al mamar.

3.12.2 ESTRUCTURA DE LA GLANDULA MAMARIA

Figura No. 3: Estructura de la mama



Fuente: <http://www.google.com.ec/imgres?imgurl>

Las mamas están constituidas por el pezón y la areola, se sitúa generalmente en el centro de la mama, el pezón es más o menos protuberante. La mama está formada por tejido fibroadiposo y por un sistema de conductos que unen las glándulas mamarias con el exterior.



Los conductos galactóforos más grandes, ubicados en el pezón, se ramifican en el interior de la mama desembocando en unas agrupaciones de ácinos en forma de racimos llamadas lóbulos o glándulas mamarias.

A lo largo de toda su longitud los conductos galactóforos están revestidos por dos capas de células: una capa interna continua de células epiteliales y una capa externa discontinua de células mioepiteliales.

La estructura y función de la glándula mamaria está dada según el período del desarrollo en que se encuentre y depende del balance entre los procesos de proliferación, diferenciación y apoptosis, o muerte celular dispuesta.

Cada glándula está constituida por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo, adiposo, vasos sanguíneos y por un sistema excretor. Los lóbulos se dividen en lobulillos que están formados por 10 a 100 ácinos cada cual con su conducto excretor denominado conducto terminal. Los ácinos a su vez están tapizados de células secretoras en las cuales se produce leche materna.

En el centro de cada mama se encuentra una zona circular hiperpigmentada denominada areola, la misma que contiene pequeños corpúsculos llamados Tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel.¹⁰ En el centro de cada areola se encuentra el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión.

Las glándulas mamarias están irrigadas por las arterias mamarias internas y externas, recibe además vasos sanguíneos de la arteria intercostal de la rama pectoral. Posee venas correspondientes en gran parte de la sangre venosa, inicialmente a venas superficiales de grueso calibre que manan a través de la piel formando la Red de Haller.

¹⁰ Schwarcz, Sala, Duverges, **OBSTETRICIA**. Pág. 516



3.12.3 FUNDAMENTOS FISIOLÓGICOS

La producción de leche se inicia como derivación de los cambios hormonales que acontecen durante el embarazo y el parto. Durante el embarazo ocurre la mamogénesis que es la preparación de la glándula mamaria, por acción de diversas hormonas: los estrógenos, la progesterona y la prolactina, aumenta su vascularización y prolifera el epitelio de los ácinos glandulares, al final del embarazo se almacena una gran cantidad de células sanguíneas y sustancias que forman el calostro. Al tercer trimestre los niveles de prolactina se elevan, pero su acción lactogénica permanece bloqueada por los estrógenos placentarios; al vaciarse el útero, y expulsar la placenta, descienden estas hormonas permitiendo la acción de la prolactina para la lactogénesis, que es la producción de leche.¹¹

El mantenimiento de la secreción es la lactopoyesis y depende de: el contacto precoz entre el bebé y el seno materno, de la frecuencia de la succión, y del vaciamiento de la glándula, que produce retroalimentación para la producción de más prolactina.

La inducción de la lactancia tiene que empezar sin estos grandes cambios repentinos, la succión induce lenta y progresivamente los cambios hormonales necesarios.

3.13 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche materna es un fluido natural y complejo que varía su composición y volumen durante el transcurso del amamantamiento para satisfacer las necesidades nutricionales, inmunológicas y funcionales del niño.

¹¹ Schwarcz, Sala, Duverges, **OBSTETRICIA**. Pág. 516



3.13.1 CALOSTRO

El calostro es la primera leche que se produce durante los primeros cuatro días: es un fluido color amarillo claro y espeso compuesto por el precalostro, el que está formado principalmente por plasma, macrófagos, lactoferrina, sodio, cloro, una pequeña cantidad de lactosa; es rico en proteínas, minerales, vitaminas A, D y B12, contiene grasas y carbohidratos. Ayuda a eliminar el meconio estimulando el movimiento peristáltico del intestino contiene un promedio de 0.67Kcal/cc.

Tiene un alto contenido de anticuerpos como las inmunoglobulinas (IgA), linfocitos, y células inmunitarias que protegen al recién nacido de de gérmenes del medio ambiente que producen infecciones, las mismas que no son destruidas por el aparato digestivo del niño, manteniéndose activas para ejercer su función inmunológica. Por lo que se considera que el calostro es la primera inmunización del recién nacido.

3.13.2 LECHE DE TRANSICIÓN

Leche de transición se secreta durante la segunda semana postparto, en este periodo se produce un aumento brusco de la producción de leche, seguido de un aumento progresivo hasta alcanzar un volumen estable. La composición de la leche de transición varía durante el transcurso de los días, las características del calostro y la leche madura.

3.13.3 LECHE MADURA

Esta leche se produce a continuación de la leche de transición, la leche madura aporta 70kcal/100ml; con un volumen promedio de 700 a 900ml/día durante los primeros seis meses posparto. Sus principales componentes son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas.

Proteínas: Las proteínas de la leche materna se clasifican en caseína y proteínas del suero. Las caseínas de la leche humana son beta y kappa caseína. De las proteínas del suero, la proteína por excelencia por su calidad



nutricia es la alfa-lactoalbúmina, es importante mencionar que la leche materna contiene compuestos nitrogenados que no son proteínas pero que son importantes tanto por su cantidad como por su función y representan alrededor de 25% del nitrógeno total y lo integran: aminoácidos libres, péptidos, N-acetilazúcares, urea, factores de crecimiento y nucleótidos cuyo papel en la respuesta inmunológica ha adquirido relevancia en los últimos años.

Lípidos: La cantidad de lípidos contenidos en la leche materna es de alrededor de 35-45 g/L, y constituyen la mayor fuente energética de la misma. Son transportados dentro del glóbulo de grasa cuya membrana está compuesta principalmente de fosfolípidos y colesterol (100-150 mg/L), en tanto que el interior del glóbulo de grasa lo constituyen principalmente triacilglicéridos. Parece ser que la concentración de lípidos en la leche materna está asociada al tipo de lípidos ingeridos por la madre y con la conformación de lípidos de sus reservas en el tejido adiposo.

Hidratos de carbono: El principal hidrato de carbono de la leche humana es la lactosa. Su concentración es de alrededor de 70 g/L y ejerce hasta 70% de la presión osmótica. A diferencia de los lípidos, su concentración prácticamente no varía a pesar de las modificaciones dietéticas y de las condiciones nutricias de la madre. Existen otros oligosacáridos cuya función está asociada a mecanismos de defensa del niño contra la infección.

Vitaminas y nutrimentos inorgánicos: Existen en la leche humana vitaminas tanto hidrosolubles como liposolubles y se transfieren directamente de la dieta y las reservas de la madre. La vitamina A (retinol), D (ergocalciferol), B6 (piridoxina) y B12 (hidroxicobalamina) tienen una dependencia especial de la dieta de la madre.

En cuanto a los nutrimentos inorgánicos, algunos como el calcio, fósforo y magnesio, desarrollan una transferencia estrictamente regulada de la sangre a la leche y no se espera que a mayor ingesta de estos minerales se traduzca en mayores concentraciones en la leche. En cambio, ciertos electrólitos como el



sodio, potasio y cloro no tienen esta regulación sino que son secretados en la glándula mamaria y alcanzan una concentración en la leche de 7, 15 y 12 mEq/L, respectivamente. La concentración de hierro en la leche (0.5 mg/L) es bastante constante y se comporta en forma independiente de la reserva materna. El zinc y el cobre tienen concentraciones altas en el calostro y decaen sin relación con las reservas maternas.

3.14 **CONSTITUYENTES DE LA LECHE HUMANA CON OTRAS FUNCIONES**

Existen otras sustancias en la leche materna que cumplen funciones diferentes a las nutricionales.

- 1) Síntesis de lactosa que se efectúa en la glándula mamaria por acción de la lactoalbúmina. (La alta concentración de la lactosa en la leche materna determina las deposiciones blandas características del niño amamantado, cuya consistencia favorece la absorción del calcio a nivel del colon del lactante).
- 2) Protección directa contra agentes microbianos: lactoferrina, inmunoglobulina A, oligosacáridos con funciones antiparasitarias, aminoazúcares con función antibacteriana y lípidos con funciones antivirales y antiparasitarias.
- 3) Propiedades anti-inflamatorias: inmunoglobulina A, lactoferrina.
- 4) Promoción del crecimiento: factor de crecimiento epidérmico.
- 5) Presencia de leucocitos (linfocitos B y T, macrófagos y polimorfonucleares) que participan en la síntesis de enzimas, en los procesos de fagocitosis y en la regulación de la respuesta inmune.



3.15 CONOCIMIENTOS DE LA LACTANCIA MATERNA

3.15.1 LACTANCIA MATERNA A DEMANDA

El significado de la alimentación a libre demanda supone que el bebé debe ser alimentado cada vez que el niño quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho.

Cada bebé tiene su propio ritmo y es normal que mame también por la noche; la cantidad de leche será mayor cuantas más veces se dé el pecho. Se debe dar un pecho hasta que no quiera más, ofreciéndole el otro, aunque no siempre lo querrá; en general, el inicio suele ser de manera muy irregular, siendo habitual que el niño mame muy frecuentemente en los primeros días y luego tienda a espaciar las tomas.

Si el niño pide mamar con demasiada frecuencia, a veces es debido a que no recibe suficiente cantidad de leche por no tener una postura adecuada; también puede deberse a que se alimente muy poco tiempo de cada pecho, y no extraiga la leche del final o “leche escondida”, que lleva el mayor aporte calórico y riqueza en grasa, que es la que provoca saciedad.

3.15.2 IMPORTANCIA DE LA POSICIÓN

Una buena posición al pecho es aquella en la que tanto la madre como y el niño están en una postura cómoda. El amamantar no duele y debe de ser algo placentero para ambos.

La succión frecuente ayuda a que la leche baje más pronto. Para que salga la leche se necesita la hormona oxitocina; la secreción de esta hormona va a estar influida, además de por la succión del bebé, por el estado de ánimo de la madre; es decir, que si la mujer está nerviosa, incómoda, se siente juzgada, triste o tiene dolor, la oxitocina dejará de producirse y, aunque haya leche, no saldrá fácilmente; por el contrario, si se siente apoyada, protegida y segura, la oxitocina se producirá y la leche fluirá generosamente.



3.15.3 FORMA CÓMODA DE APRENDER A DAR DE LACTAR

La forma más fácil de hacerlo es sentada en una silla baja o utilizar un banquito como reposapiés, para que los muslos no estén orientados hacia abajo; también puede ser útil colocar una almohada o un cojín para acercar al bebé y tenerlo bien apoyado frente al pecho, sin tener que cargar con todo su peso durante la toma. Esto elimina la tensión de la espalda y los hombros.

El bebé: El bebé debe estar cómodo, sin tener que esforzarse para llegar al pecho. Todo su cuerpo tiene que estar casi en línea recta. Si la cabeza está flexionada hacia delante, no podrá tragar. Es conveniente que esté ligeramente inclinado hacia atrás, de forma que su barbilla presione el pecho de la madre. La boca debe quedar a la altura del pecho para que no tenga que tirar de él hacia abajo o hacia un lado.

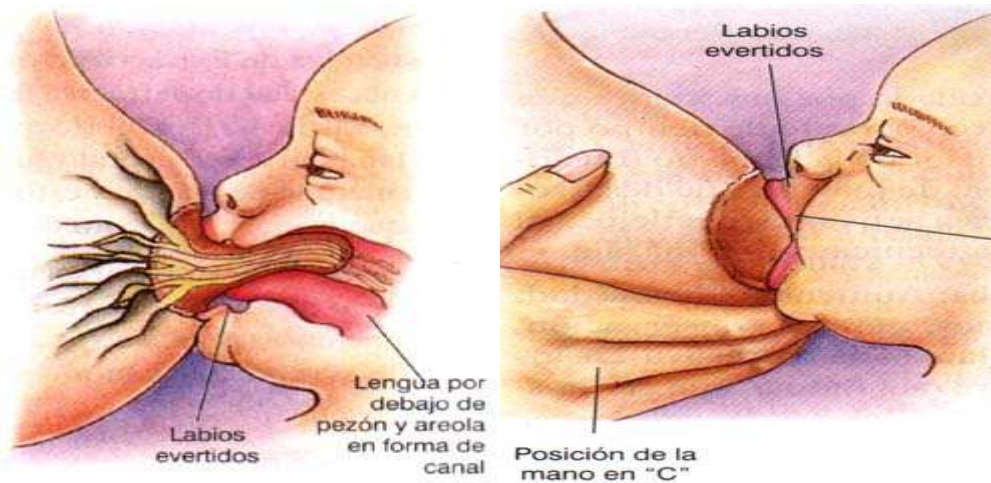
- ✓ Espalda recta
- ✓ Hombros cómodos y relajados
- ✓ Acercar el bebé a la madre y no al contrario
- ✓ El bebé se colocará frente a la madre, barriga con barriga

3.15.4 ADAPTACIÓN DE LA BOCA DEL NIÑO AL PECHO DE LA MADRE

Se coloca la mano bajo el pecho, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, lejos de la areola, descansando ligeramente y sin presionar. Sujete el pecho y elévelo un poco para facilitarle al niño el agarre; en general, el pecho puede soltarse en cuanto el niño succione bien.



Figura No. 4: Adaptación de la boca del niño al pecho de la madre



Fuente: <http://www.google.com.ec/imgres?imgurl>

El agarre al pecho depende de que el bebé y la madre estén cómodos. Se hace igual con todo tipo de pezones y tanto en niños grandes como pequeños. Sólo variará el tiempo que tardan en aprender a hacerlo.

Se debe rozar ligeramente el labio superior del niño con el pezón y esperar a que abra la boca completamente antes de introducir el pecho para que no coja sólo el pezón, sino también una buena parte de la areola por debajo.

La madre debe sentir que el bebé utiliza la lengua y la mandíbula inferior, así quedará el pezón bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce; vigile que los labios, sobre todo el inferior, estén invertidos, no “metidos” hacia dentro.

3.15.5 INFLUENCIAS PARA UN DESTETE PRECOZ

- Los pechos pequeños no son buenos para dar de mamar.
- Los pezones planos e invertidos impiden el amamantar.
- Siempre que el pecho esté inflamado es que hay una infección.



3.15.6 ALOJAMIENTO CONJUNTO

Es la permanencia de la madre y el niño en la misma habitación durante las 24 horas del día mientras dure su estadía en el hospital.



Los beneficios del alojamiento conjunto son:

- La succión del calostro que protege al niño contra infecciones.
- Permite a la madre mayor tranquilidad emocional y refuerza el vínculo afectivo madre e hijo.
- Hay mayor producción de leche materna.
- Acelera la salida de leche
- El niño recupera el peso más rápidamente.
- Disminuye la incidencia de plétora, al mantener los conductos galactóferos permeables.

Tabla No. 3: Posiciones para la lactancia materna





 <p>Posición de Amamantamiento a Gemelos</p>	 <p>Posición Tradicional, en decúbito lateral</p>
 <p>Posición Niño sobre la Madre, en decúbito ventral</p>	 <p>Posición de Caballito</p>

Fuente: <http://www.google.com.ec/imgres?imgurl>

3.16 PROBLEMAS AL AMAMANTAR

3.16.1 PRIMEROS PROBLEMAS

Pezones planos o invertidos: No hay que preparar los pezones con ningún tratamiento de “fortalecimiento”, pero sí hay que informar y asesorar a la mujer de que podrá dar el pecho si lo desea, comenzando con un inicio precoz cuando el pecho esté aún blando, antes de la subida de la leche para que el bebé aprenda a agarrarse.

Si no se consigue y la madre sigue deseando amamantar a su hijo, se puede extraer la leche manualmente o con mamadera y dársela al niño con vaso o



cucharita ya que hay niños que consiguen agarrarse bien al pecho cuando son más mayores.

Si el problema radica en un solo pecho, se puede enseñar a la madre que puede criar al niño con el otro pecho exclusivamente. La producción de leche se adecuará a las necesidades del bebé, de modo que un pecho proporciona toda la leche que el niño necesita.

Grietas del pezón: la lactancia no duele y si la mujer dice que siente dolor desde el principio de la succión se debe revisar la posible causa. El dolor de la grieta aparece cuando el niño coge el pecho y cede o se alivia mucho cuando lo suelta.

3.16.1.1 CAUSAS

- Mala postura al amamantar (es la causa más frecuente).
- La humedad de las “empapaderas” sobre todo si es plastificada.
- La fibra del sujetador.
- El uso de sustancias irritantes para el pezón como jabón, cremas, pomadas y desinfectantes.

3.16.1.2 FORMA DE EVITARLAS

- Posición correcta.
- Evitar la humedad y mantener el pecho seco y aireado entre tomas.
- Procurar el uso de tejidos lo más naturales que sea posible (algodón, hilo).
- Evitar el lavado del pecho antes y después de cada toma, así como las cremas o pomadas. Lo que se debe hacer es, al terminar la toma, en lugar de untar crema sobre el pezón, añadir unas gotas de leche y dejar secar.



3.16.2 PROBLEMAS QUE PUEDEN APARECER EN LAS PRIMERAS SEMANAS

Ingurgitación mamaria: suele aparecer entre los días segundo y quinto tras el parto. Es más frecuente en los niños que no se han puesto a mamar desde el nacimiento y que no maman a demanda. La mujer suele presentar pechos muy congestionados, tensos, duros, dolorosos; la areola está tan tensa que al bebé le resulta muy difícil agarrarse. Puede aparecer febrícula o fiebre.

La mejor forma de evitarla es mediante el inicio precoz de la lactancia, las mamadas frecuentes y una postura correcta.

La forma de tratarla es aliviar los síntomas vaciando el pecho, aplicando calor local con compresas calientes, una ducha, etc., y un masaje suave para facilitar el reflejo de bajada. A veces es necesario extraer leche hasta que la areola está menos tensa y el niño puede hacer un buen “agarre”.

Conducto obstruido: Los conductos lácteos se obstruyen si la leche no fluye bien. A veces se puede notar un “bulto” en el pecho y causar sensación de dureza, tirantez o dolor.

Hay que mejorar la posición, conviene probar diferentes posturas de madre y niño para que se drene el conducto obstruido.

Mastitis: La mujer suele presentar fiebre elevada, con sintomatología gripal y suele afectar a un solo pecho; el diagnóstico debe basarse en la clínica y en la búsqueda del microorganismo causante y administrar tratamiento antibiótico. El niño puede mamar a pesar de que la madre esté tomando antibióticos.

3.16.3 PROBLEMAS DE APARICIÓN MÁS TARDIA

Candidiasis mamaria: Puede afectar a uno o ambos pechos. Se desencadena tanto por un problema de la madre como del niño.



El dolor, que suele ser intenso, punzante y casi continuo “como alfileres clavándose por dentro”; puede aparecer cuando el niño está al inicio de la mamada, persistir o aumentar incluso al finalizar ésta, es decir, no va a tener relación ni con la postura ni con la mamada en general. Hay que tratar siempre el pecho y buscar otras posibles zonas de localización del hongo (boca del bebé, área del pañal, etc.). El tratamiento debe ser prolongado ya que hay tendencia a las recaídas.

Crisis o baches de lactancia: Se denominan así los momentos en los que, de forma inesperada, se produce una disminución de la producción de leche.

Suele ser por momentos críticos que habitualmente coinciden con periodos de crecimiento del lactante, en general entre el mes y medio y los tres meses de vida, en los que el niño obtiene más cantidad de leche, aumentando la frecuencia de las tomas.

Las crisis de lactancia se resuelven incrementando la periodicidad de las tomas, si fuera necesario mediante extracción manual para vaciar bien el pecho y mediante descanso materno y apoyo familiar.

Rechazo del pecho y huelga de lactancia: En ambos casos, el niño “no quiere el pecho”; y la madre suele tener la sensación de que el niño “la rechaza a ella” o que su “leche no es buena o suficiente”; la diferencia entre una y otra situación son más sutiles.

El rechazo del pecho suele ser algo más habitual y mantenido, el bebé suele rechazar un solo pecho y ocurrir desde el inicio, aunque puede aparecer en cualquier momento.

La huelga de la lactancia suele ser transitoria, intermitente y de ambos pechos. Algunos factores que se han relacionado con estas situaciones son: la mala postura, el retorno de la menstruación, cambios en el sabor de la leche por algún alimento, bebida o fármaco ingerido por la madre, cambios en el perfume o jabón de la madre, ansiedad materna, obstrucción nasal, etc.



3.16.4 FACTORES QUE INFLUYEN PARA UN DESTETE TEMPRANO

- Si la madre toma medicación hay que suprimirla lactancia.
- Mi leche no es buena porque está “aguada”.
- Si el bebé llora o no “aguanta” las tres horas, la leche de la madre no es suficiente.
- La lactancia es algo natural, si no funciona es que la madre tiene poca leche.
- En las mastitis hay que suprimir la lactancia.

3.17 EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Hay diversas circunstancias en las que la mujer puede necesitar sacarse la leche:

- a) Si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo.
- b) Para aliviar la ingurgitación mamaria.
- c) Para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho.
- d) Para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada.
- e) Cuando la madre se incorpore al trabajo.

La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora. Antes de manipular el pecho es importante lavarse siempre las manos; sin embargo no es necesario lavar el pecho antes de la extracción, es suficiente con la ducha habitual.

Para la extracción se deben seguir tres pasos: masajear, frotar y sacudir.

1. **Masajear**, el masaje se realiza oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en



un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos se va cambiando hacia otra zona del seno.

2. **Frotar** el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar con este movimiento desde la parte de fuera del pecho hacia el pezón, por todo el alrededor.
3. **Sacudir** ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.

3.17.1. EXTRACCIÓN MANUAL

- 1) Se coloca el pulgar y los dedos índices y medio formando una letra “C” a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).
- 2) Evite que el pecho descansa sobre la mano como si ésta fuera una taza.
- 3) Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, conviene levantar los antes de empujar.
- 4) Hay que rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, del modo en que se imprimen en un papel las huellas digitales (que ruedan pero que no se deslicen.).

3.17.2. PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN

- Extraiga la leche de cada pecho hasta que el flujo de leche se haga más lento.
- Provoque el reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir. Puede hacerse simultáneamente).
- Repita todo el proceso de exprimir y provocar el reflejo de bajada una o dos veces más. El flujo de leche generalmente se enlentece más pronto la segunda y tercera vez, a medida que los reservorios se van drenando.



- El procedimiento completo suele durar entre 20 y 30 minutos al principio; si la producción de leche ya está establecida, los tiempos suelen ser menores.

3.17.3. EVITAR ESTOS MOVIMIENTOS:

- Evite apretar el pecho.
- Puede causar hematomas
- Evite resbalar las manos sobre el pecho.
- Puede causar irritación en la piel
- Evite tirar hacia fuera del pezón y del pecho.
- Puede dañar los tejidos
- Extracción con mamaderas
- El procedimiento que se debe seguir y los tiempos son los mismos que para la extracción manual, salvo que la leche se extrae con una bomba.

3.17.4. AGENTES QUE INFLUYE A EN UN DESTETE PRECOZ

- La leche materna “se estropea” enseguida.
- Cuando empiece a trabajar tengo que dejar de dar el pecho.

3.18. CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE

La conservación de la leche es muy fácil. Puede usarse recién extraída o conservar a temperatura ambiente, en el frigorífico o incluso en un congelador doméstico.



3.18.1. TIPO DE CONSERVACIÓN

3.18.1.1. TEMPERATURA AMBIENTE

Siempre que ésta sea en torno a los 21 ° C: unas 10 horas

3.18.1.2. EN EL FRIGORÍFICO

Entre 0-5 ° C: 48-72 horas

3.18.1.3. EN UN CONGELADOR DOMÉSTICO

- A -20° C: Hasta los 6 meses desde la extracción, congelando inmediatamente.
- En recipiente de plástico o cristal.
- En pequeñas cantidades (50-100cc).
- Para no tener que tirar la leche ni romper la cadena de frío; debe identificarse con la fecha de extracción.
- Descongele a temperatura ambiente. No descongele ni caliente en microondas, ya que se destruyen algunos componentes de la leche materna.
- Caliente bajo un chorro de agua templada o al baño maría, pero nunca directamente al fuego.
- Para transportarla, se aconseja utilizar bolsas térmicas o nevera portátil y no romper nunca la cadena de frío. Esto es muy recomendable en aquellas madres que, por ejemplo, tienen un hijo ingresado y que por algún motivo especial no pueden quedar ingresadas con ellos (aunque siempre es más aconsejable el ingreso de la madre con su hijo).



3.19. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

3.19.1. LACTANCIA MATERNA Y VENTAJAS PARA EL NIÑO/A

La investigación indica que los bebés amamantados por la madre pueden presentar con menos frecuencia:

- Infecciones de oído
- Infecciones estomacales o intestinales
- Bajos niveles de hierro en la sangre (anemia ferropénica)
- Enfermedades de la piel (eccema infantil)
- Alergias infantiles
- Problemas digestivos tales como estreñimiento o diarrea
- Sobrepeso u obesidad
- Presión arterial alta
- Diabetes
- Caries dental

3.19.2. LACTANCIA MATERNA Y BENEFICIOS PARA LA MADRE Y LA FAMILIA

- No tienen que limpiar biberones
- No tienen que preparar fórmulas o leches maternizadas
- Bajos costos
- Pérdida de peso más fácilmente
- Menos sangrado posparto
- Fortalecimiento del vínculo único entre madre e hijo

- La práctica de una lactancia adecuada favorece a una rápida involución uterina, evitando hemorragias durante el postparto.
- La recuperación anatómobiológico general, volviendo al estado en el que se encontraba antes del embarazo.



- Sirve como espaciamento de los embarazos, debido a que sirve como método de anticoncepción.
- Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario.
- Disminuye la depresión postparto.
- Protege la autoestima de la madre dando un sentimiento de seguridad y confianza.
- Sirve como lazo afectivo entre madre e hijo dentro del contexto familiar
- El ahorro de tiempo ya que evita la preparación de biberones y formulas infantiles.

3.19.3. LACTANCIA MATERNA Y BENEFICIOS ECONÓMICOS

La familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que evita el gasto económico por la compra de la leche de formula, a demás que el niño/a tiene menor riesgo de enfermar al alimentarse con leche materna y por tanto los padres ahorrarían recursos económicos en cuanto a Servicios de Salud.

3.19.4. LACTANCIA MATERNA Y VENTAJAS ECOLÓGICAS

- La leche materna es un recurso natural y renovable
- La lactancia materna no desperdicia recursos naturales ni produce contaminación
- El uso de la leche de vaca en vez de la leche materna entraña graves consecuencias ecológicas como:
 - La utilización de tierra para forraje en lugar de cultivos de alimentos para el uso humano.
 - Contaminación y erosión de los suelos en los que está ubicado el ganado.
 - Contaminación del medio ambiente por el uso de plaguicidas y otros productos químicos en el cultivo del pienso del ganado.



- La alimentación con biberón requiere de leche artificial, combustible y agua para su preparación, estos recursos no son renovables y a demás contaminan el medio ambiente con desechos.¹²

¹² MSP. **MANUAL DE FOMENTO Y PROMOCIÓN DE DE LA LACTANCIA MATERNA.** Quito, 2000.



CAPITULO IV

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. OBJETIVOS

4.1.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Describir las experiencias de lactancia materna de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca.

4.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las experiencias y cambios físicos de las madres y los niños/as en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba” durante la Lactancia Materna en los seis primeros meses de edad.
2. Describir las experiencias psicológicas y sociales de las madres y niños/as durante la Lactancia Materna en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”.
3. Determinar las experiencias en el uso de técnicas de amamantamiento en las madres durante el periodo de lactancia en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”.
4. Analizar los testimonios de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”. en relación a la lactancia materna para el desarrollo de sus hijos.



4.2. DISEÑO METODOLOGICO

4.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo sobre: Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca.- Se inscribe en las características de la investigación cualitativa de tipo cultural y social por que construye los datos de una realidad de Salud que incide en amplios grupos poblacionales. La Leche materna constituye el alimento más importante para el niño ya que permite tener un crecimiento y desarrollo optimo; a más de brindar ventajas para sí mismo, la madre, la familia y el medio ambiente.

4.2.2. TIPO DE ESTUDIO

Desde la perspectiva de la investigación se considera que el presente estudio se acoge a la modalidad de estudio descriptivo por que construye un relato explicativo de las realidades encontradas. La forma de presentación tabular es una opción que se articula con datos cualitativos.

4.2.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Los métodos de investigación son procedimientos de aproximación a la realidad, plantean el contacto del sujeto-objeto, en una íntima relación dialéctica, que permite al sujeto "conocer" al otro, al "objeto". El entendimiento de esta relación dinámica permite percibir los modelos tradicionales de conocer. Para clarificar los procesos de la investigación cualitativa sobre la Lactancia Materna nos permitimos anotar las definiciones y sustentos teóricos del método de trabajo en la presente investigación.



“El camino a seguir mediante una serie de operaciones, reglas y procedimientos fijados de antemano de manera voluntaria y reflexiva para alcanzar un determinado fin que puede ser material o conceptual”.¹³

El método es un conjunto de pasos, que tienen la finalidad de acceder al conocimiento de la realidad, además de operar sobre la misma realidad y evaluar los resultados de la acción.

Los métodos son una guía, un camino, un modo de aproximación; ningún método es un camino infalible o inalterable que lleva al conocimiento científico. No hay un método único para las ciencias. Cada ciencia particulariza sus procedimientos. En la investigación aplicamos los siguientes métodos:

4.2.4. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

- Testimonios recopilados textualmente a través de la entrevista.
- Recopilación de datos sobre la Lactancia Materna mediante la revisión bibliográfica.
- Observación: acudiendo al lugar donde se aplicó la investigación para la recolección de datos.
- Registro de experiencias físicas, sociales y psicológicas durante la Lactancia Materna a través del formulario de preguntas

4.2.5. INSTRUMENTOS

- Formulario de testimonios
- Formulario de observación-entrevista
- Formulario de recolección de datos de Experiencias durante el periodo de la Lactancia Materna
- Formato de Observación
- Guión de Marco referencial, y teoría explicativa

¹³ Ander-Egg, Ezequiel. Pag. 41.



- Formulario de la recopilación de información

4.2.6. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

- Mujeres en periodo de lactancia
- Familiares de las madres en periodo de lactancia
- Lactancia Materna

4.2.7. UNIDAD DE ANÁLISIS

- Experiencias y cambios físicos, sociales y psicológicos durante el periodo la Lactancia Materna.
- Técnicas de amamantamiento
- Errores comunes



4.3. Tabla No 4. :MATRIZ DEL DISEÑO METODOLÓGICO

Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	UNIDAD DE ANÁLISIS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Describir las experiencias y cambios de físicos las madres y los niños/as en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba" durante la Lactancia Materna en los seis primeros meses de edad.	Madres en periodo de Lactancia Materna.	Experiencias de la Lactancia Materna	Testimonios Recopilación de datos sobre prácticas de la lactancia materna en las madres en periodo de lactancia Observación Revisión bibliográfica sobre la Lactancia Materna, experiencias y cambios físicos en las mujeres y los niños/as.	Formulario de testimonios Formulario de recolección de datos sobre experiencias y cambios físicos en las madres en periodo de lactancia. Formato de observación Guión de Marco referencial, y teoría explicativa.



Describir las experiencias psicológicas y sociales de las madres y niños/as durante la Lactancia Materna en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba".	Madres en periodo de Lactancia Materna.	Datos recopilados a las madres entrevistadas.	Recopilación de datos sobre los testimonios de las madres en periodo de lactancia.	Formulario de testimonios. Guión de observación.
Determinar las experiencias en el uso de técnicas de amamantamiento en las madres durante el periodo de lactancia en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba".	Madres en periodo de Lactancia Materna	Técnicas de amamantamiento	Observación	Guión de observación
Analizar los testimonios de las madres con relación a la lactancia materna para el desarrollo óptimo de sus hijos.	Madres en periodo de Lactancia Materna	Datos recopilados a las madres entrevistadas.	Recopilación de datos sobre los testimonios de las madres en periodo de lactancia.	Formulario de testimonios. Guión de observación.

Fuente: La investigación
Elaboración: Las autoras



4.4. DE LA TEORIA Y LA REALIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA ÉTICA Y BIOÉTICA

La tierra ha sido y será el hogar de los seres vivos, pero la humanidad cada día trastorna su equilibrio. Hoy ese medio ambiente deteriorado afecta gravemente la vida en la tierra, se han trasgredido las estatutos del ecosistema entre ellas el abandono de la lactancia materna. Es por ello que el médico y la enfermera deben velar porque el acto de amamantar sea calificado por la comunidad como un acto ecológico. En este tiempo, es imperiosa la necesidad de abordar temas como la bioética y su relación con: la moral, la ecología, la enfermería y la Lactancia Materna como aporte al medio ambiente, entendiendo la salud humana en íntima relación con la salud del medio ambiente. La Lactancia Materna tiene muchos beneficios entre ellos el ecológico, porque la leche materna, es un recurso natural renovable, protege el ambiente, reduciendo el consumo, eliminando los desperdicios y la contaminación. Retroceder a lo natural, promoviendo y apoyando la lactancia materna en favor de los niños y hombres del mañana.

En épocas antiguas, durante miles de años, la lactancia natural era una necesidad para la supervivencia de un niño en el período crítico de la infancia. En la actualidad, en las naciones donde existe mayor pobreza, es decir, en el mundo subdesarrollado, la imposibilidad de una madre de lactar, puede condenar a muerte a su hijo.

La familia constituye un eslabón básico en la sociedad, de ahí la importancia que tiene el estudio de los problemas que con mayor frecuencia pudieron ocasionar crisis, en cuanto a su funcionamiento, que es un elemento fundamental para el desempeño exitoso de la lactancia materna. Debiendo existir un ambiente familiar favorable, sobre todo en aquellas madres que enfrentan esta experiencia por primera vez. El apoyo de la familia es esencial para que disminuya la ansiedad que es un factor importante y muy frecuente en estas madres.

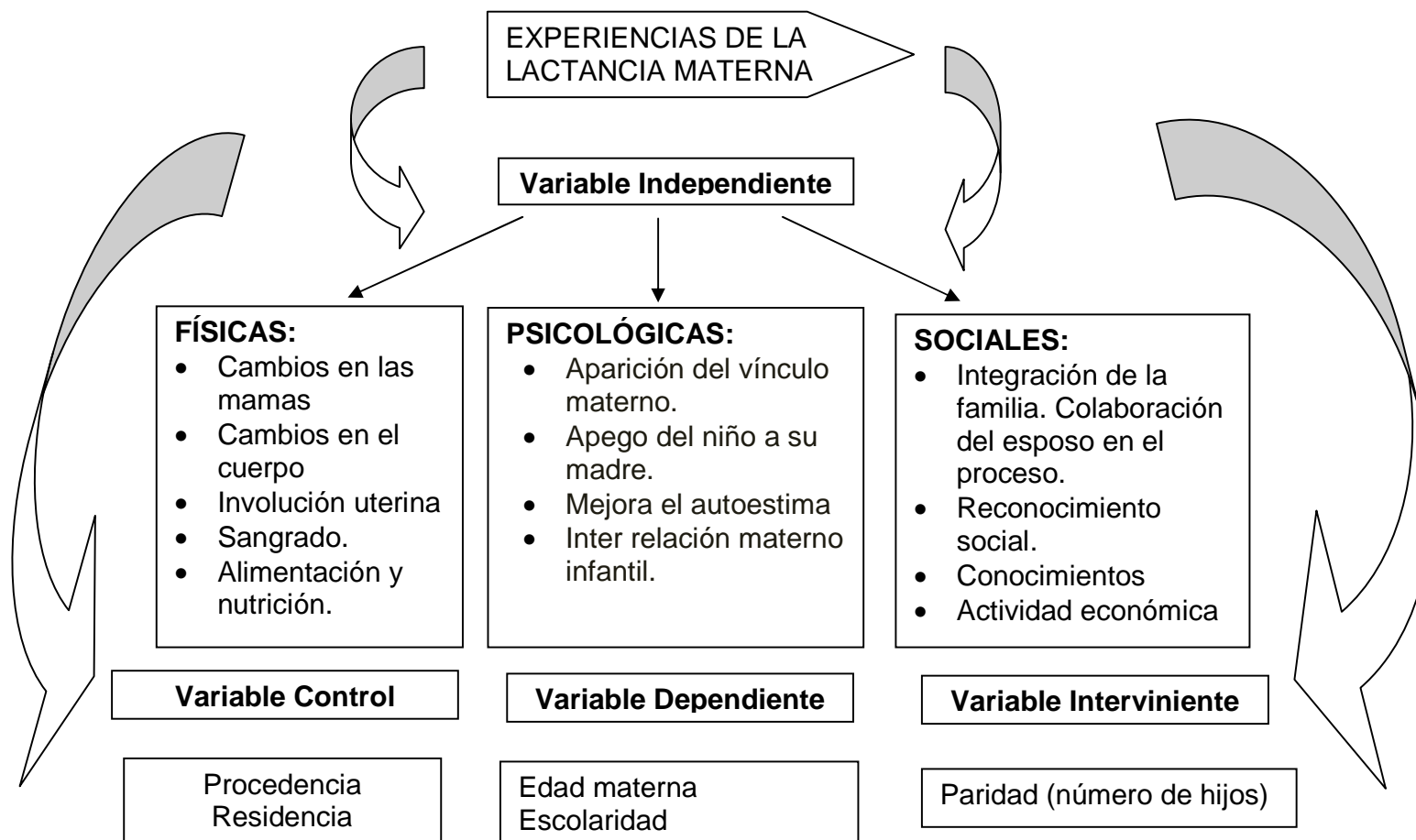


La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal a lactantes y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables, reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, y disminuye la morbilidad y la mortalidad infantil. Sin embargo, cuando nos enfrentamos a la realidad, cuando deseamos que la madre amamante a su hijo por encima de todos los contextos, fundándose en las numerosas ventajas que se logran tanto para el bebé, como para la madre, no apaleamos situaciones que se deben analizar, como por ejemplo las enfermedades de la madre, relacionadas o no con el parto, las sensaciones de dolor, el fallecimiento de seres queridos, etc. y por otro lado, tenemos las situaciones que dependen del bebé tales como las malformaciones a nivel de la boca y las enfermedades.



4.5. Grafico No 2: ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES

Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.





4.6. Tabla No 5. :MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca

VARIABLE	TIPO VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Experiencias de la Lactancia Materna	Cualitativa Independiente	Experiencias y cambios físicos, sociales y psicológicos durante la Lactancia Materna	Cultural	Practicas de amamantamiento: Beben agua de "paraguay" Cubrirse del frio	Si No Si No
		Experiencias y cambios físicos de las madres en periodo de lactancia.	Físicas	Que al salir del dormitorio deben cubrirse la espalda porque seca la producción de leche. Cuidados: Medidas de higiene	Siempre A veces Nunca Aseo de las mamas previo a lactancia. Aseo de los genitales Lavado de senos previo a la alimentación Lavado de manos



		Experiencias y cambios físicos de las madres en periodo de lactancia.	Físicas Biológica	Cambios en las mamas	Si No
			Físicas Biológica	Cambios en el cuerpo	Si No
			Físicas Biológica	Involución uterina	Si No
			Físicas Biológica	Sangrado	Si No
			Biológica y nutricional	Alimentación y nutrición	Hipograsa Hipergrasa Hipersódica Hiposódica Hipercalórica Hipocalórica
			Social	Integración de la familia.	Familia incompleta Familia ampliada
			Social	Colaboración del esposo en el proceso.	Si No
			Social	Reconocimiento social.	Si No Completo Parcial



		Prácticas de lactancia materna.	Social	Conocimientos: Posiciones para la lactancia del niño	Posición de Caballito Posición tradicional Posición de canasto
		Ingresos económicos	Condiciones económicas	Remuneración del padre y madre	Sueldo básico: Si No
			Psicológicas		



Tabla No 6. : Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca

VARIABLE	TIPO VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad materna	Cuantitativa dependiente	Periodo cronológico de la vida	Biológica	Mujeres en periodo fértil	15 – 18 de edad 18 – 28 de edad 28 - + 35 años de edad.
Escolaridad	Cuantitativa Dependiente	Nivel de estudios de la madre	Estudios cursados	Años educación aprobados	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Nivel superior



Tabla No 7. : Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca

VARIABLE	TIPO VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Procedencia	Cuantitativa Control	Lugar de origen o sitio en donde nació la madre	Espacio de origen materno.	Área urbana o rural de origen.	Área urbana Área rural
Residencia	Cuantitativa Control	Lugar o morada actual de la familia.	Sitio o lugar de vivienda actual.	Área de vivienda.	Área urbana Área rural

Tabla No 8. : Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca

VARIABLE	TIPO VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Paridad (número de hijos)	Cuantitativa Interviniente	Numero de gestas (vivos o Muertos)	Biológica	Hijos vivos que hayan recibido lactancia materna	6 hijos 4 hijos 2 hijos

Fuente: La Elaboración
Elaboración: Las autoras



4.7. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.

4.7.1. UNIVERSO

Universo es el total de madres que se atendieron en el 2009 que es de 166 madres que acudieron al Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca

4.7.2. MUESTRA

El tamaño de la muestra con la que se trabajó fue de 100 madres en periodo de lactancia que acudieron al Subcentro de Salud.

4.7.3 ÁREA DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca.

4.7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Madres de la parroquia Monay que asistieron al Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”, que desearon participar voluntariamente en el estudio y que firmaron la hoja de consentimiento informado.

4.7.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Madres que no quisieron participar voluntariamente en el estudio y no firmaron la hoja de consentimiento informado.

4.7.6 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizará una encuesta a las madres de la parroquia Monay que asistan al Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”, para la cual se aplicará una encuesta sobre: datos de identificación, número de hijos, experiencias y cambios físicos y psicológicos durante el amamantamiento; técnicas de amamantamiento.



4.7.7 INSTRUMENTOS Y MÉTODOS

Los participantes en el estudio fueron localizados de lunes a viernes, en el Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba" de la Parroquia Monay. Posterior a la identificación, la encuestadora procedió a explicar las razones de la encuesta, en los casos que aceptaron colaborar con el estudio se procedió a leer la hoja de consentimiento informado. Las madres que estuvieron de acuerdo firmaron la mencionada hoja, y se inició con la encuesta.

4.8. IMPLICACIONES ÉTICAS Y BIOÉTICAS

4.8.1. ÉTICAS

La presente investigación, constituye un esfuerzo por ampliar los conocimientos y buscar información sobre las experiencias y limitaciones que tienen las madres durante el periodo de amamantamiento.

Es necesario que las madres conozcan el motivo de la investigación, y las elegidas para el estudio firmarán en forma voluntaria la hoja de consentimiento informado.

4.8.2. BIOÉTICAS

Durante el proceso de investigación no se ocasionará daño físico, psicológico, económico ni material, tomando en cuenta que la enfermería es una profesión humana con constantes cambios día tras día fundados en conocimientos científicos que nos obliga a considerar los principios éticos y bioéticas, ya que en cada una de las etapas nos relacionamos con seres humanos.

Previamente este protocolo de investigación se presentará al comité científico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, y posterior a las recomendaciones respectivas se entregara al Honorable Consejo Directivo, de la Facultad de Ciencias médicas.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

La lactancia materna, sus condiciones, así como las experiencias en este acto humano de conservación de la vida y la salud de los niños revierte mucha información y está en relación con las variables buscadas. El procesamiento de información utiliza los procedimientos estadísticos de presentación gráfica y tabular a más de los sistemas de análisis interpretación que se relacionan con los entendimientos de la salud y la enfermedad. Las interpretaciones buscan explicar la naturaleza y los concepciones y prácticas de la madre que en el plano de la cultura y la inteligencia sentiente, transforman el acto de amamantar en un hecho afectivo, lógico y protector.

El cómputo de los datos se tabuló a través del método manual y el análisis estadístico se presentó en número y porcentaje, así como los resultados se expresaron mediante tablas y gráficos.

Tabla No 9. : Edad de las mujeres en periodo de Lactancia de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
18-22	42	42%
23-27	22	22%
28-32	24	24%
33-37	7	7%
38 y mas	5	5%
Total	100	

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

De los datos obtenidos podemos observar que el 95% de las madres encuestadas se encuentran en edad fértil y un 5% representa o madres en riesgo obstétrico.



Tabla No. 10. : Nivel escolar de las mujeres en periodo de Lactancia de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

NIVEL ESCOLAR	NÚMERO	PORCENTAJE
Primaria incompleta	13	13%
Primaria completa	55	55%
Secundaria	27	27%
Superior	5	5%
Total	100	100%

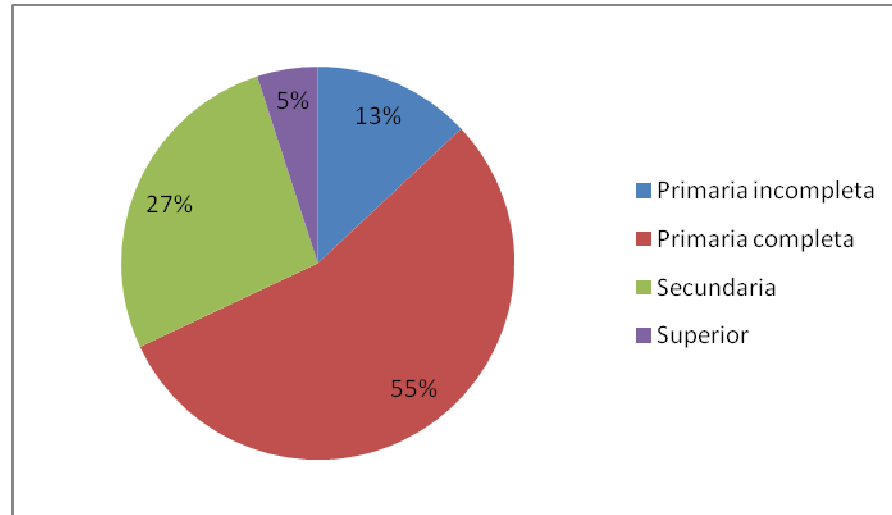
Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

El nivel escolar de las madres encuestadas que han cursado únicamente la primaria se representa en un 55% y el 5% manifiesta haber realizado estudios superiores.



Grafico No. 3: Nivel escolar de las mujeres en periodo de Lactancia de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.



Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

Tabla No. 11.: Procedencia y residencia de las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

PROCEDENCIA \ RESIDENCIA	RESIDENCIA	
	Urbana	Rural
Urbana	30%	13%
Rural	36%	21%

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

Analizamos la procedencia y la residencia urbana que registran un total del 30%, de procedencia rural y residencia urbana es el 36%, de procedencia urbana y residencia rural 13% y procedencia y residencia rural es el 21%.



Tabla No. 12. : Número de hijos de las mujeres en periodo de Lactancia de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

NÚMERO DE HIJOS	NÚMERO	PORCENTAJE
1	19	19%
2	27	27%
3	24	24%
4	18	18%
5	5	5%
6	4	4%
Total	100	100%

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

Valoramos el número de hijos por cada familia, la misma que está compuesta mayoritariamente de 2 niños/as en un 27%, seguida de un 24% con un número de 3 y un grupo menor representado por un 4% con un número de 6 hijos. El total de niños de las madres encuetadas es de 266.



Tabla No. 13. : Consejería sobre la importancia de la Lactancia a través de los trabajadores de la salud en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

RECIBIÓ INFORMACIÓN DE LA LATANCIA MATERNA	NÚMERO	PORCENTAJE
No recibe información	22	22%
Enfermera	23	23%
Médico	21	21%
Medico – enfermera	16	16%
Trabajadora Social	2	2%
Otros	16	16%
Total	100	

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras.

Al analizar podemos observar que un 22% no recibió ningún tipo de información a cerca de la lactancia, el 23% recibió algún tipo de orientación a través de la enfermera, seguida de un 21% del médico y un 2% a través de la trabajadora social.



Tabla No. 14. : Prevalencia de la Lactancia en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

LACTA ACTUALMENTE EL NIÑO/A	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	63	63%
No	37	37%
Total	100	

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras.

Se puede observar en cuanto a la prevalencia de la lactancia materna que un 63% de madres continúa amamantando a sus hijos y el 37% representan a madres que han dejado de amamantar a sus hijos/as.



Tabla No. 15: Duración promedio de la Lactancia Materna en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

TIEMPO DE LACTANCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
0-4	25	25%
5-9	36	36%
10-14	20	20%
15-20	11	11%
+20	8	8%
Total	100	

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

El tiempo de lactancia tiene mayor incidencia en los niños que comprenden las edades de de 0 a 9 meses con un 61% y el 8% representa a niños de más de 20 meses de edad que aún son amamantados.



Tabla No. 16: Cambios físicos durante la Lactancia Materna en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

CAMBIOS FÍSICOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Dolor de senos	38	38%
Lesión de los senos	11	11%
Mastitis	5	5%
Caída del cabello	2	2%
Bajo peso	16	16%
Ninguna	28	28%
Total	100	100%

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

Analizando los cambios físicos en las madres en periodo de lactancia podemos observar que el 38% ha sufrido dolor de los senos, el 11% ha sufrido lesión de las mamas, mastitis el 5%; caída de cabello el 2%, bajo peso el 16%, y el 28% de las madres encuestadas indica que no han sufrido cambios en el transcurso del amamantamiento.



**Tabla No. 17. : Cambios psicológicos durante la Lactancia Materna en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”.
Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.**

CAMBIOS PSICOLÓGICOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Vergüenza	22	22%
Miedo	15	15%
Inseguridad	7	7%
Tristeza	11	11%
Ninguno	45	45%
Total	100	

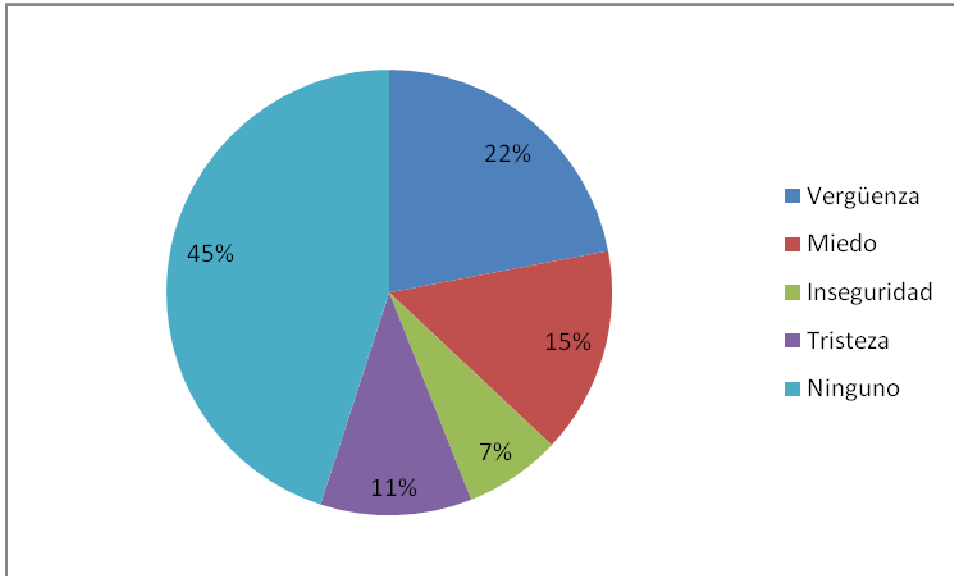
Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras.

Los aspectos psicológicos dados en las madres encuestadas nos indica que el 22% tiene vergüenza y el 15% miedo, esto mientras dan de amamantar a sus hijos; inseguridad el 7% y tristeza el 11% esto como resultado de la dificultad de adquirir destrezas para dar de amantar a sus hijos/as.



Gráfico No. 4: Cambios psicológicos durante la Lactancia Materna en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.



Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras



Tabla No. 18. : Creencias, actitudes y prácticas sociales sobre la lactancia materna en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS.	NÚMERO	PORCENTAJE
La mujer debe bañarse el “cinco” con agua de hiervas cálidas y ajustar los cuarenta días de dieta.	6	6%
No tocar cosas frías ni salir al frío porque le da el “pasma” y se seca la leche.	50	50%
Que al salir del dormitorio deben salir bien tapadas para que no se seque la producción de la leche.	5	5%
Los alimentos deben ser: caldo de gallina criolla, chocolate, agua de valeriana para mejorar la producción de la leche.	9	9%
Deben caderarse para que las madres puedan caminar bien.	3	3%
No arrojar la leche extraída porque se seca la producción de la leche	2	2%
No comer alimentos agrios.	2	2%
Ninguna	21	21%
Total	100	

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras.

Analizando las creencias, actitudes y prácticas sociales usadas en el periodo de lactancia el 50% de las madres encuestadas refiere:” No tocar cosas frías ni salir al frío porque le da el “pasma” y se seca la leche” y el 21% refiere no tener creencias ni prácticas culturales.



Tabla No. 19. : Técnicas utilizadas durante la Lactancia Materna por las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO AL NIÑO	NÚMERO	PORCENTAJE
Posición tradicional, niño acostado de lado.	47	47%
Posición de canasto o de Pelota	30	30%
Posición de amamantamiento a Gemelos.	0	0%
Posición tradicional, en decúbito lateral.	16	16%
Posición niño sobre la madre, en decúbito ventral.	3	3%
Posición de Caballito	4	4%

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

Las técnicas de amamantamiento como la posición tradicional, niño acostado de lado se representada en un 47%, seguida de la posición de canasto o de pelota en un 30% y el 3% representa l posición niño sobre la madre, en decúbito ventral.



Tabla No. 20. : Consejería recibida sobre los cuidados en la lactancia en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010

CUIDADOS EN LA LACTANCIA MATERNA	NÚMERO	PORCENTAJE
Horario de alimentación	10	10%
Posición para el amamantamiento	12	12%
Higiene y limpieza de pezones y mamas	28	28%
Cuidados sobre las mamas	18	18%
Información recibida sobre los problemas de la lactancia	14	14%
Signos y molestias maternas durante la lactancia	13	13%
Tiempo y lugar del amamantamiento	5	5%

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

Analizando la consejería sobre los cuidados de las madres durante el amamantamiento podemos observar que el 28% recibió orientación a cerca de la higiene y limpieza de los pezones y las mamas, mientras que un 5% obtuvo información acerca del tiempo y lugar de amamantamiento.



Tabla No. 21. : Consejería recibida sobre molestias y cambios maternos durante la lactancia en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010

CAMBIOS MATERNOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Dentadura	32	32%
Mamas	47	47%
Piel	17	17%
Psicológicos	4	4%

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

Podemos observar que el 47% de las madres han recibido consejería acerca de los cambios que se produce en las mamas, seguida del 32% de madres que han adquirido información sobre los cambios en la dentadura y un grupo del 5% pudo recibir consejería sobre los cambios psicológicos.



Tabla No. 22. : Consejería recibida sobre los problemas más frecuentes de los niños durante la lactancia en las mujeres de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No. 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010.

PROBLEMAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Vómitos	48	48%
Gases	50	50%
Intolerancia	2	2%

Fuente: La investigación.

Elaboración: Las Autoras

En cuanto a la educación sobre los problemas en el niño durante la lactancia podemos destacar que un 50% de las madres han recibido información sobre los gases, seguida del 48% que han sido orientadas sobre los vómitos y 2% han obtenido información a cerca de la intolerancia.



CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
OBJETIVO GENERAL	
Describir las experiencias de lactancia materna de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". Provincia del Azuay. Cuenca.	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
Describir las experiencias y cambios físicos de las madres y los niños/as en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba" durante la Lactancia Materna en los seis primeros meses de edad.	Las experiencias y cambios físicos durante el amamantamiento se representan en un 72% del total de las madres que han sufrido algún cambio, los mismos que con mayor frecuencia se han dado en las mamas con el 54%. Para lo cual las madres encuestadas refirieron haber sentido temor al amamantar a sus hijos/as, esto generalmente en las madres primíparas.
Describir las experiencias psicológicas y sociales de las madres y niños/as durante la Lactancia Materna en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba".	En cuanto a las experiencias psicológicas y sociales podemos destacar que el 45% de las madres en periodo de amamantamiento no ha tenido cambios psicológicos, sin embargo el 22% de las madres tenían vergüenza al dar de amamantar a sus hijos en público o delante de sus familiares. En cuanto a las experiencias sociales y culturales podemos observar que el 50% de las madres referían que no tocaban cosas frías, ni se exponían al frio porque les daba el "pasma" y se seca la producción de leche.



<p>Determinar las experiencias en el uso de técnicas de amamantamiento en las madres durante el periodo de lactancia en la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba".</p>	<p>Para las madres adquirir una técnica de amamantamiento fue de un inicio difícil debido a la falta de práctica y el temor de hacer daño a sus hijos, sin embargo muchas de ellas refirieron que al haber adquirido práctica se sintieron más cómodas y seguras con la técnica. Pudiendo observar que el 47% utilizaba la posición tradicional, niño acostado de lado seguida del 30% con la posición de canasto o pelota.</p>
<p>Analizar los testimonios de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba". en relación a la lactancia materna para el desarrollo de sus hijos.</p>	<p>Analizando los testimonios de las madres encuestadas podemos decir que el total de las mismas dieron de lactar en algún momento, de las cuales un cierto número ha tenido que abandonar el amamantamiento debido a su trabajo o estudios.</p> <p>En cuanto a experiencia podemos decir que todas las madres encuestada han tenido algún tipo de temor a cerca de amamantar a sus hijos, ya sea esto por falta de información o por falta de vinculación y apoyo del resto de la familia, sin embargo para ellas dar de amamantar es tener un vínculo muy grande que las une a sus hijos/as el mismo que no pueden explicar.</p>



BIBLIOGRAFÍA

1. ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA. Disponible en:
<http://www.google.com.ec/imgres?imgurl>
2. Bourke, G.J y McGilvray, J. **INTERPRETACION Y UTILIZACION DE LA ESTADISTICA MEDICA**. Editorial Espaxz. Barcelona, 1978.
3. Hernández, R. y otros. **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**. Editorial McGraw. México. 1999. 2da Edición.
4. Historia de la lactancia materna. Disponible en:
<http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.htm>
5. Lactancia materna y nutrición. Disponible en:
http://www.alimentatecuador.gov.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=88&Itemid=130
6. LACTANCIA MATERNA Y NUTRICIÓN. Disponible en:
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/12_lactnutricion.pdf
7. LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON EL MEDIO AMBIENTE DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1080/1/Lactancia-materna-y-su-relacion-con-el-medio-ambiente-desde-una-perspectiva-bioetica.html>
8. Lawrence. R. **LACTANCIA MATERNA**. Editorial MOSBY. España, 1996, 4ta Edición.
9. Lewis T-Chamberin, **OBSTETRICIA**. Editorial El Manual Moderno, S.A d.c.1994 México D.F. Impreso en México. Tomo 1, 1ra Edición. Pág. 285-292.
10. MSP/OPS. **ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA**. Quito, Ecuador, 2005.
11. MSP. **MANUAL DE FOMENTO Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA**. Quito, 2000.
12. MPS. **NORMAS DE LACTANCIA MATERNA**. Quito, Ecuador, 1994.



13. Organización Panamericana de la Salud. **MODELO DE LA CAPTACIÓN PARA LA LACTANCIA MATERNA.** México, 1990.
14. Quizpe. A. **LACTANCIA MATERNA, DESNUTRICIÓN INFANTIL.** Facultad de ciencias médicas. Universidad de Cuenca, 1987.
15. Reeder. M. **ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL.** Editorial Castillo. México, 1992. Décimo sexta edición.
16. Schwarcz, Sala, Duverges, **OBSTETRICIA.** Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 2005. Impreso en talleres Berlp. 6ta edición. Pág. 515 – 519.
17. UNICEF/OMS. **PRÁCTICA Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL EN HOSPITALES AMIGOS DEL NIÑO.**
18. Varney. H- Kriebs- Gegor C. **PARTERIA PROFESIONAL DE VARNEY.** Editorial McGraw- Hill Interamericana Editores, S.A de C.V, 2006. Impreso en México, con la autorización de la Organización Panamericana de la Salud, México DF. 4ta Edición, Capitulo 43. Pág. 1129-1150

OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

1. Ortiz, J; **COMO ELABORAR UNA TESIS DE POSTGRADO,** marzo del 2002, Cuenca, Ecuador.
2. Pineda, Alvarado, Canales. **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.** Manual para el desarrollo de personal de salud Copyright Organización Panamericana de la Salud, 1994. 2da edición
3. Carrillo, F. **COMO HACER LA TESIS Y EL TRABAJO DE INVESTIGACION UNIVERSITARIA.** Ediciones Biblioteca Universitaria. Lima 1969.
4. Canales, F.H et al: **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.** Editorial Limusa. México, 1986



ANEXOS



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTRUCTIVO PARA EL ESTUDIANTE

TÍTULO: LACTANCIA MATERNA, EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES, DE LA PARROQUIA MONAY. SUBCENTRO DE SALUD NO 3 “TOMEBAMBA”. PROVINCIA DEL AZUAY. CUENCA. ENERO – MAYO 2010

AUTORAS: VERONICA MUY VÁSQUEZ
LORENA ZAMBRANO TIGRE

INSTITUCIÓN: PARROQUIA MONAY: SUBCENTRO DE SALUD NO. 3
“TOMEBAMBA”

TELÉFONO: AUTORAS: 07258-239, 072476202, 091727939

INTRODUCCIÓN

Nosotras las estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de enfermería nos encontramos realizando una investigación sobre **Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010** por lo que solicitamos de manera comedida, formar parte de esta investigación, la misma que se llevará a cavo en la parroquia Monay.



Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba” para este efecto se ha preparado una entrevista.

El estudio consiste en hacer algunas preguntas personales, sobre edad, procedencia, lugar de residencia habitual, condición socioeconómica, experiencias sobre lactancia materna etc.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, es la institución auspiciante de este estudio.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Describir las experiencias de lactancia materna de mujeres, de la parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”. Provincia del Azuay. Cuenca.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

Una vez que usted decida participar en el estudio, se procederá a llenar el formulario de entrevista, El tiempo del llenado del formulario será de entre 15 a 20 minutos.

La respuesta a las preguntas de la entrevista será llenada a mano por las investigadoras y redactadas tal como expresan las madres entrevistadas.

CONFIDENCIALIDAD

La información obtenida será confidencial y anónima, los datos obtenidos se expondrán de manera general y no se hará especificaciones.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en el estudio es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio, sin perjuicio alguno, ni pérdida de sus derechos.



CONTACTOS:

En el caso que usted necesite más información acerca de la investigación, le sugiero que se dirija a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, Telf.: 4096592, Verónica Muy; 084565515, Lorena Zambrano; 091727939.

CONSENTIMIENTO

He leído y entendido este consentimiento informado, también he recibido respuestas a todas mis preguntas, por lo que acepto voluntariamente participar en este estudio. Al firmar este documento, no estoy renunciando a mis derechos legales que tengo como participante en este estudio de investigación.

Nombre

Firma

Fecha-----

Hora-----



**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería**

**Lactancia Materna, Experiencias de las mujeres, de la
parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 “Tomebamba”.
Provincia del Azuay. Cuenca. Enero – Mayo 2010**

ENTREVISTA

1. Datos de identificación de la madre

a. Edad

.....

b. Dirección

.....

c. Procedencia

.....

d. Residencia

.....

e. Nivel escolar

.....

f. Zona

Urbana Rural

Número de Hijos _____



2. Lacta actualmente su hijo/a?

Si ____ No ____

Edad del Lactante: ____ en meses

3. ¿Qué tiempo lactó a su hijo?

.....

4. ¿Durante su embarazo recibió orientaciones acerca de la importancia de la lactancia para su hijo?

Si ____ No ____

¿De quién?

____ Enfermera.

____ Médico.

____ Trabajadora Social.

____ Otros.

5. ¿Cree usted que la Lactancia Materna le ayuda a mantener a su hijo con salud?

Si ____ No ____

¿Por qué?

6. Indique sus experiencias y cambios físicos durante el amamantamiento que haya tenido o tenga.

.....
.....
.....
.....
.....

7. Indique las experiencias psicológicas y sociales que tuvo durante los mismos.

.....
.....
.....
.....
.....



8. Técnicas de amamantamiento

Indique cual de las siguientes técnicas ha utilizado durante el amamantamiento. ¿Qué experiencia que ha tenido durante la adquisición de la técnica con la que se sintió más cómoda?

Posición de amamantamiento al niño	Indicador
Posición tradicional, niño acostado de lado.	
Posición de canasto o de Pelota	
Posición de amamantamiento a Gemelos.	
Posición tradicional, en decúbito lateral.	
Posición niño sobre la madre, en decúbito ventral.	
Posición de Caballito	

.....
.....
.....
.....
.....

9. Creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia

Creencias	Causas posibles	Prevención



10. Disposición de información de la madre sobre las circunstancias ligadas a la lactancia.

Orientación recibida para la lactancia:	Si	No
Horario de alimentación		
Posición para el amamantamiento		
Higiene y limpieza de pezones y mamas		
Cuidados sobre las mamas		
Información recibida sobre los problemas de la lactancia		
Signos y molestias maternas durante la lactancia		
Tiempo y lugar del amamantamiento		

Molestias o cambios maternos por la lactancia:	Si	No
Dentadura		
Mamas		
Piel		
Psicológicos		

Recibió orientación sobre los problemas de los niños durante la lactancia		
	Si	No
Vómitos		
Regurgitación		
Gases		
Intolerancia		

11. Distribución de los recursos económicos y familiares

Percibe el sueldo básico

Si..... No.....