



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Tesinas de Grado

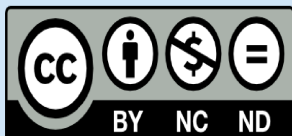
Luna, Carina Marcela

Lactancia y Puerperio: Argumentos que presentan las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según su nivel sociocultural respecto de la lactancia materna de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



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

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

Cita recomendada:

Luna, C. M. (2022). *Lactancia y Puerperio : Argumentos que presentan las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según su nivel sociocultural respecto de la lactancia materna de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE INSTITUTO DE
CIENCIAS DE LA SALUD LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO

**LACTANCIA Y PUERPERIO: argumentos que presentan las madres
puérperas primerizas de 15 a 35 años según su nivel sociocultural
respecto de la lactancia materna de un hospital de Berazategui
conurbano bonaerense.**

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

ALUMNA: Carina Marcela Luna

DIRECTOR DE TRABAJO FINAL: Marcela Elizabet Salmo

FLORENCIO VARELA, 28 DE OCTUBRE DE 2022

NOTA DE AGRADECIMIENTO.

Por la presente hago vos de mucho chicos y grandes que alguna vez soñamos con llegar a la Universidad y no podíamos, allá por el 2011, llegue a una oficina en busca de un futuro, un futuro que me llevaría a lo que hoy es realidad obtener un título universitario, el recorrido fue interminable, la meta se veía cada vez más lejos e inalcanzable, pero como dice el dicho "no importa cuando llegamos lo importante es saber llegar", y hay tantas personas a las que les quiero agradecer, en primer lugar a la universidad sin ella hoy no sería quien soy, he recorrido tantas aulas, he conocido tanta gente, en ella he llorado, he sonreído y lo más importante me he formado en la profesional que soy hoy, en segundo lugar a la personita más importante, mi hija la cual me apoyo siempre y creyó en mí a pesar de su corta edad, a la que le robe mucho tiempo por este sueño, en tercer lugar a mis grandes amigas, las incondicionales, con las cuales recorrimos este camino, y hoy seguimos juntas, Grey, Mariza; Marcela, gracias por estar en este camino.

A todos los profesores que guiaron mi aprendizaje, a los que confiaron en mí cuando ni yo podía hacerlo, gracias entornos.

Llegue a esa Universidad con un sueño, y hoy lo estoy cumpliendo, este es el cierre de un sueño cumplido,

Hoy sostengo que mi niña interior es feliz.

INDICE

CARATULA.....	1
AGRADECIMIENTO	2
INDICE.....	3
INTRODUCCION	4 Y 5
FORMULACION DE PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.....	7
MARCO TEORICO.....	8/ 23
• MATERNIDAD	
• LACTANCIA MATERNA	
• LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA	
• ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL	
• MITOS Y CREENCIAS QUE INTERVIENEN EN LA LM	
ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	24/25
• TIPO DE ESTUDIO	
• POBLACION	
• MUESTRA	
• UNIDAD DE ANALISIS	
• CRITERIO DE INCLUSION	
• CRITERIO DE EXCLUSION	
• FUENTES DE DATOS	
• HERRAMIENTAS DE RECOLECCION DE DATOS	
• CONTEXTO DEL ANALISIS	
• PROCESAMIENTO DE DATOS	
RESULTADO.....	26/43
CONCLUSION	44/ 46
BLIBLIOGRAFIA.....	46/51
ANEXOS.....	52/54

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación nacen de algunos interrogantes que surgen en el campo laboral de la enfermería y su rol en las tareas en el área de internación conjunta y neonatología, donde se desempeñan exhaustivamente para que los neonatos puedan acceder tempranamente a la lactancia materna.

Para la O.M.S y UNICEF la lactancia materna es la forma óptima de alimentar al recién nacido (RN), ya que la misma proporciona todos los nutrientes, vitaminas y calorías que el lactante necesita.

Pero sin embargo a pesar de estas afirmaciones fisiológicas vitales de gran importancia expuesta anteriormente, muchas veces el personal de la salud no tiene noción de la percepción y educación de la madre primeriza, que da a luz sin información previa o nula sobre la maternidad y esto ocupa en segundo plano o deja de ser importante.

Se puede decir que la lactancia es una decisión personal que solo tendrán las madres que están amamantando y el conjunto de conocimientos que hayan adquirido las misma, sin descartar que la lactancia materna es importante ya que en una vivencia biológica, psicológica y emocional. Es una práctica dinámica que beneficia la supervivencia del ser humano (Cultura, 2020).

Este trabajo dará a conocer los argumentos de las madres púerperas primerizas que amamantan, sobre la lactancia. Y determinar si esos argumentos pueden afectar a una saludable práctica de lactancia materna, cómo se argumentó posteriormente que es fundamental para la salud de la madre y del neonato.

Se puede considerar que esta información sobre la importancia de la lactancia materna puede fomentar una mejora entre la relación del personal de enfermería y paciente en cuanto al proceso de la preparación y el acompañamiento en las primeras horas de vida del puerperio.

Este trabajo de investigación propone ampliar y mejorar la relación personal de enfermería y paciente brindando nuevas herramientas en el ámbito de la enfermería materno infantil y potenciando otros trabajos realizados anteriormente.

El mismo fue elaborado en base a datos de fuente primaria a fin de identificar los argumentos que le dan a la lactancia materna las madres primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital del conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

Para ello se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas de la población en estudio, como así también aspectos relacionados sobre si tienen algún mito o creencia que les impide en estar de acuerdo con la lactancia materna y la información sobre los mismos,

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo, de corte transversal. Se aplicó una encuesta diseñada para fines de la investigación a 20 madres primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbano bonaerense conteniendo las variables de estudio.

La comprensión de la construcción de ideas, el conocimiento individual y colectivo y la realidad en un contexto sociocultural nos permite generar estrategias de abordaje en la lactancia materna

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los argumentos que le dan a la lactancia materna las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense, Provincia de Buenos Aires Argentina desde julio de 2022-noviembre 2022?

OBJETIVO GENERAL

Conocer los argumentos que le dan la lactancia materna mujeres puérperas primerizas de 15 a 35 años según su nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio 2022- noviembre 2022

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir a las madres primerizas.
- Identificar si le dan el pecho al recién nacido, y sus argumentos.
- Conocer la importancia que le brindan al entorno de la lactancia materna.
- Identificar el nivel sociocultural del grupo de madres primerizas
- Determinar si influye su nivel sociocultural a la hora de la lactancia.
- Identificar si existen mitos y creencias que afecten una lactancia eficaz

MARCO TEÓRICO

MATERNIDAD

La maternidad es un proceso único en la vida del ser humano, constituye uno de los momentos en el que la vida de la mujer, la familia y el ambiente se modifican, en torno a la nueva vida, involucrando un conjunto de respuesta, fisiológicas, psicológicas, emocionales y sociales, siendo la base para el afrontamiento de la mujer y su familia. (Blanco Beltrán, 2014)

El nacimiento de la madre se produce a través de las experiencias, profundamente transformadoras, que la mujer va atravesando a lo largo del proceso de concepción, gestación, parto y crianza, y sobre las cuales va construyendo su nueva identidad materna. Los cambios físicos y la vivencia corporal de la maternidad biológica pueden desafiar muchos de los discursos sociales que la mujer ha asimilado como propios y que entran en conflicto con cuestiones intrínsecas al proceso reproductivo: la ganancia de peso, la disminución del rendimiento físico, las estrías y cicatrices o la alteración de los ritmos cronobiológicos (Rocío Patricio del Castillo· Cristina Polo Usa ola, 2021)

En concreto, el parto es una de las experiencias de mayor trascendencia para las madres y, en función de las circunstancias en las que se produzca, puede dar lugar tanto a una experiencia satisfactoria y empoderante como a una experiencia altamente traumática con importantes repercusiones en la confianza y el estado psíquico de la nueva madre, lo que, a su vez, puede repercutir en la calidad de la relación que establezca con su bebé. (Alza I, Leahy-Warren P, Benjamina Y, Benjamina M, Benjamina SI, Benjamina A, 2018)

El esperar al primer hijo y la diversidad de cambios que la maternidad trae consigo a la vida de las madres, implica que la mayoría de ellas sufren de inseguridades sobre su labor como madres. A pesar de todo, parece que el instinto hace que una madre sepa las necesidades de su bebé gracias al famoso instinto maternal. Es así que se pretende dar explicación a que es el instinto maternal y como se ha dado en alguna de ellas. Vínculo que se establece entre la madre y el niño desde la concepción Instinto inevitable que impulsó a la madre a actuar, cuidar y proteger al bebe¹.

Se piensa todo el tiempo en el bebé, la madre se preocupa por su bienestar continuamente y siente que algo los une. Las madres primerizas como las madres experimentadas se pueden ver inmersas en un mundo de incertidumbres constantes sobre sucesos relacionados con el

¹ Citación 3: Instinto Maternal - Que es el instinto maternal. (2008). Retrieved November 30, 2016, from <http://www.enfemenino.com/embarazo/instintomaternal-que-es-el-instinto-maternal-s484634.html>

desarrollo de sus bebés, posibles enfermedades, diversas actividades y por qué no el accionar de ellas para con sus hijos. (María Carolina Valencia 2016)

Es así que, al no contar en ocasiones con el conocimiento por la falta de experiencia, estas madres buscan posibles soluciones en diversas fuentes de información como lo son;

fuentes de información como lo son; los libros especializados, consultas o llamadas al pediatra, cientos de páginas web sobre la maternidad, blogs y, por último, pero no menos importante los consejos de familiares; por compartir con la madre ciertas costumbres, creencias, lengua y origen, los cuales brindan sus experiencias como mecanismo de ayuda para el bienestar del niño o la madre. Es así como las madres tienen que afrontar los flujos de información que les llegan en cada una de las diferentes etapas, pues de un mismo tema pueden encontrar diferentes alternativas y así mismo hay quienes les recomiendan y brindan diversos consejos sin ser solicitados. Cada medio de información dice una cosa y al final sobre un mismo aspecto las madres tienen 2, 3, 4 o innumerables conceptos que en definitiva no saben que es cierto y lo que sí sucede es que había en ellas una brecha de temor, que si bien es natural al ser madre por primera vez se torna más profunda al tener sobre ellas un peso de datos e información que las imposibilita a decidir y actuar sobre la realidad que están viviendo en esa etapa de su maternidad. (María Carolina Valencia 2016)

Sin embargo, la maternidad fue cambiando a través de los años dado que las representaciones que orientan los comportamientos de las mujeres, sus expectativas y deseos, expresan la internalización de la cultura de su tiempo y sector social y suponen ciertas disposiciones, valoraciones y percepciones en lo que respecta a los modos de significar la maternidad. En un contexto de cambio cultural acelerado donde se aprecian profundas modificaciones en periodos breves, el modelo materno de las generaciones anteriores se ha escindido en un sinnúmero de variantes. Especialmente en los sectores medios, donde la vida profesional de las mujeres le fue ganando terreno al ámbito de lo doméstico, la maternidad se ha resignificado; ya no se trata de la única vía posible de realización para las mujeres sino de una opción entre otras. (Socavo, 2013)

Ser madre primeriza trae aparejado muchas incertidumbres y conocimientos que se debe acompañar desde el sistema de salud, con profesionales que se encuentren aptos para educar, si bien hay mujeres que vienen con información previa del significado de amamantar, al momento de la primera lactancia esa información deja de tener validez, puesto que luego del parto natural o cesárea el bebé no se prende adecuadamente o se demora la primera puesta al pecho, mientras que aquellas mujeres que no tienen información previa no comprenden el valor nutricional y emocional que representa para ellas y el niño la lactancia materna.

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna forma parte del proceso reproductivo es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. La leche materna constituye el alimento natural e ideal para niñas y niños recién nacidos. Sus características nutricionales brindan un crecimiento armónico, si se administra como único nutriente, a libre demanda, durante los primeros 6 meses de vida y, luego de esta edad, complementada con alimentos adecuados, oportunos y seguros.

El amamantamiento, además de ser la fuente nutritiva del infante en los primeros meses de vida, tiene el inmenso poder de evitar la morbi-mortalidad infantil, en especial por enfermedades diarreicas, gracias a su elevado contenido de elementos defensivos bioactivos, los cuales intervienen en la protección contra la invasión de agentes patógenos. (Harris N, Spoerri I, Schopfer J, Nembrini C. 2006); (Sheppard J 2004)

La leche humana, más allá de ser un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modifica su composición y volumen). (Temboury Molina M 2007)

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: pre-calostro, calostro, leche de transición, leche madura y de pre-término.

- **Pre-calostro:** Acumulado en los alvéolos durante el último trimestre de la gestación. Composición: exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloro, sodio y lactosa.
- **Calostro:** Se produce durante los 4 días siguientes al parto, es de escaso volumen y alta densidad (2-20 ml/toma).

En relación a la leche madura, tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles y nucleótidos. Tiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos; también es superior el contenido de minerales, sodio, zinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso. La proporción de proteínas séricas/caseína es de 80/20.

Su contenido de ácidos grasos se relaciona con la dieta materna. En el calostro el colesterol está más elevado y los triglicéridos más bajos que en la leche madura.

El contenido de inmunoglobulinas en el calostro es muy elevado (especialmente IgA, lactoferrina y células), lo cual protege al recién nacido y favorece la maduración de su sistema defensivo.

El escaso volumen del calostro es ideal, ya que los riñones inmaduros del recién nacido no pueden manejar grandes cantidades de líquidos. Además, hace más fácil la expulsión del meconio. Sus enzimas facilitan la digestión del bebé, debido a que la

lactasa y otras enzimas intestinales están inmaduras; sus inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo y así evitan la adherencia de los patógenos.

El calostro favorece la colonización del intestino por lactobacilos bifidus, a través de un carbohidrato nitrogenado llamado factor bífido, contiene antioxidantes y quinonas que previenen del daño oxidativo y es rico en factores de crecimiento, que estimulan la maduración del tubo digestivo y sus sistemas de defensa.

- **Leche de Transición:** Se produce entre 4-15 días luego del parto, hacia el quinto día hay un aumento brusco de su producción y va incrementando su volumen hasta llegar a 700 ml/día aproximadamente entre los 15-30 días posparto. Su composición varía hasta llegar a la de la leche madura.
- **Leche Madura:** El volumen aproximado es de 700- 900 ml/día durante los 6 primeros meses posparto. Al involucrar la lactancia, antes de desaparecer la secreción láctea, regresa a su fase calostrual. (Temboury Molina M 2007)

Las grasas, proteínas y carbohidratos, unidos a las enzimas que contiene la leche humana, son de fácil digestión y absorción, lo cual hace seguro el aprovechamiento de todos los nutrientes y permite la formación de un sistema inmunitario efectivo y eficiente que garantiza la salud infantil. (Castilla Valdez 1996)

Las proteínas de la leche humana se sintetizan en la glándula mamaria, excepto la seroalbúmina que procede de la circulación materna, y juegan un papel muy importante, puesto que sus aminoácidos ayudan al crecimiento acelerado de los recién nacidos, maduran su sistema inmunológico, los defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo de su intestino.

Entre los 3 y 4 meses de nacido, el bebé requiere 1,1g de proteína kg/día y la leche madura es suficiente para cubrir estos requerimientos. Algunas proteínas tienen capacidad funcional (hormonas, enzimas o inmunoglobulinas). La caseína está formada, sobre todo, por beta caseína. En la leche madura, la proporción proteína sérica/caseína es 60/40. (Temboury Molina M 2007)

- **Leche Pretérmino:** Está presente en mujeres que han tenido parto prematuro. Es diferente. Durante un mes aproximadamente, se adapta a las características del bebe pretérmino, con niveles superiores de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA, y deficiente en lactosa y Vitamina C. Tiene más proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico.

LA LECHE HUMANA CONFIERE PROTECCIÓN CONTRA LA DIARREA AGUDA

La leche materna contiene grandes cantidades de componentes inmunológicos que le permiten ejercer una función protectora contra virus, bacterias y parásitos, causantes de diarrea aguda. (Riverón R 2009) Estos factores se agrupan en 2:

I.- Factores Constitutivos: Quelantes, enzimas y factores anti-infecciosos

II.- Factores Inducidos: Células específicas y células inmunocompetentes específicas

I.- Factores Constitutivos:

a.- Quelantes: proteínas con propiedades de fijar y transportar micronutrientes necesarios para el metabolismo bacteriano. Actúan como bacteriostáticos.

-Lactoferrina: es la más importante del grupo de quelantes, su concentración es variable dependiendo del momento de la lactancia, nutrición de la madre y nivel socioeconómico. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007)

Su principal función es la captación del hierro exógeno, a través de las células intestinales (una elevada proporción del hierro de la leche está unida a la lactoferrina). Posee acción bacteriostática contra *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Vibrio cholerae*. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007) ;(Riverón R 2009)

La lactoferrina de la leche humana, presente en cantidad de 1-3g/L, quela el hierro libre. Se debe recordar que el hierro no enlazado es un nutriente para muchas bacterias, por lo tanto, cuando la lactoferrina lo quela, se convierte en un efectivo bacteriostático. También estimula la fagocitosis de patógenos por los macrófagos e inhibe virus (citomegalovirus, herpes y VIH). (Newburg D, Walker A 2007)

La estimulación del crecimiento intestinal neonatal, la síntesis hepática de proteínas, la recuperación intestinal de lesiones y la estimulación del crecimiento de bacterias intestinales probióticas son mecanismos adicionales, mediados por la lactoferrina que reducen las infecciones intestinales. (Newburg D, Walker A 2007)

- Proteína fijadora de Vitamina B12 (Haptocorrina): es una glicoproteína presente en la leche humana en forma insaturada, con capacidad de ligar la vitamina B12, necesaria para el crecimiento de numerosas bacterias (*E. coli*, *Proteus*, *Salmonella*, *Bacteroides*). Ejerce una acción bacteriostática. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007)

- Proteína fijadora de Ácido Fólico: actúa como secuestrador de folato, por lo tanto, impide el crecimiento de bacterias intestinales dependientes de folato. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007)

b.- Enzimas: pueden tener efecto bactericida o bacteriostático

-Lacto peroxidasa: es producida por los macrófagos de la leche, ejerce una acción bactericida sobre *E. coli* y *Salmonella*. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007) ;(Riverón R 2009) ;(Newburg D, Walker A 2007)

Al tener un parto prematuro, es diferente. Durante un mes aproximadamente, se adapta a las características del bebe pretérmino, con niveles superiores de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA, y deficiente en lactosa y Vitamina C. Tiene más proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico.

-Lisozima: su mecanismo de acción es la digestión de peptidoglicanos de la pared bacteriana, en presencia de IgA secretora, tiene acción bactericida contra *E. coli* y *Salmonella* spp. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007) ;(Riverón R 2009) ;(Newburg D, Walker A 2007)

c.- Factores anti infecciosos: están determinados por diversos elementos, tales como:

-Factor Bífido (N-acetil-glucosamina): es un estimulador de crecimiento de las bacterias bífidas y lactobacilos. Las bífidobacterias mantienen un pH ácido en el intestino, que, en unión a IgA y lisozimas, antagonizan con la implantación y desarrollo de gérmenes intestinales como E. coli, Shigella, amebas y otros. (Riverón R 2009)

El incremento de la colonización por bífidobacterias y lactobacilos en el tubo digestivo de los lactantes, a largo plazo, origina la formación de un ecosistema estable y favorece el mutualismo con anaerobios, a la vez que inhibe la colonización por patógenos entéricos, con lo cual los protege de enfermedades diarreicas. (Newburg D, Walker A 2007)

-Factor de crecimiento epidérmico y factor estimulante de fibroblastos: estimulan el crecimiento y maduración del tubo digestivo. Se encuentran en mayor concentración en el calostro que en la leche madura. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007)

-Gangliósidos: se han detectado pequeñas cantidades de gangliósidos GM1 con actividad inhibitoria sobre enterotoxinas en la leche materna. Actúan como receptores análogos a los de la superficie de las células epiteliales, ejercen acción antiadherente y favorecen la proliferación de bífidobacterias que compiten con la E. coli en la colonización intestinal. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007) ;(Riverón R 2009); (Brandtzaeg P 2003)

-Oligosacáridos: inhiben la unión del Campylobacter jejuni y de la enterotoxina de la Escherichia coli a las células del huésped, con lo cual evitan su proliferación y, en consecuencia, protegen al recién nacido y al lactante de enfermedades causadas por dichos gérmenes. (Morrow AL 2004)

-Lactadherina: Es una glicoproteína que se une en forma específica al Rotavirus e impide su replicación, con lo cual previene las diarreas causadas por este virus. (Newburg D 1998)

-Factor de resistencia antiestafilococo: parte de un ácido graso libre distinto al ácido linoleico, que en combinación con otros factores inhibe el crecimiento de los estafilococos. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007)

II. Factores Inducidos

La actividad anti infecciosa de estos factores es específica en la leche de cada mujer, inducidos por antígenos presentes en su tubo digestivo, así como en el árbol bronquial. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007) ;(Riverón R 2009); (Brandtzaeg P 2003)

Los leucocitos se encuentran en concentraciones variables procedentes del torrente circulatorio materno.

a.- Células no específicas: representan un gran porcentaje y, en su mayoría son macrófagos, cuya función en la leche materna es la fagocitosis de microorganismos,

muerte de bacterias y producción de los componentes del complemento C3 y C4, lisozimas y lactoferrina. (Riverón R 2009)

Los macrófagos participan en la biosíntesis y excreción de Lacto peroxidasa y de factores de crecimiento celular, que aumentan el crecimiento del epitelio intestinal y maduración de enzimas del borde en cepillo del intestino. Además, están envueltos en IgA, los cuales contribuyen a proteger contra hongos, virus, bacterias y protozoarios. (Riverón R 2009); (Brandtzaeg P 2003)

b.- Células inmunocompetentes específicas: representan un menor porcentaje y son los linfocitos T y B. Los linfocitos T representan una subpoblación materna que ejercen funciones de defensa mientras las células del neonato adquieren su propia capacidad funcional. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007)

Los linfocitos B tienen una función defensiva más específica; una vez transformados en células plasmáticas, producen Inmunoglobulina A secretora (IgAs) en mayor porcentaje, así como IgG e IgM. (Molina-Font JA, Valenzuela A 2007) ;(Riverón R 2009); (Brandtzaeg P 2003)

La IgAs tiene una estructura bioquímica especial que la hace resistente a la acción de enzimas proteolíticas presentes en el tubo digestivo. Ejerce una acción antiinfecciosa, porque impide la adhesión de las bacterias a las superficies mucosas y neutraliza las toxinas de microorganismos. (Harris N, Spoerri I 2006) ;(Riverón R 2009); (Brandtzaeg P 2003)

Al inicio de la lactancia, las concentraciones de IgAs son elevadas (1 a 2 g/L) y se mantienen entre 0,5 y 1 g/L hasta por 2 años. La inmunidad de la madre contra algunos patógenos, se transmite al niño a través de la IgAs (por el eje entero-mamario) (4). Los anticuerpos específicos de la IgAs incluyen anticuerpos antibacterianos contra *Clostridium Difficile*, *Vibrio cholerae* y *E. coli*, y somáticos contra poliovirus tipos 1,2,3, virus ECHO, Coxsackie, Influenza, Togavirus y Sincitial Respiratorio. (Riverón R 2009)

-k-caseína (<100mg/dL): es una proteína de la leche materna altamente glicosilada, la cual inhibe la adherencia de *Helicobacter pylori* a la mucosa gástrica humana. El producto de la proteólisis terminal (mucopéptido de la caseína) es un factor potente que promueve el crecimiento de *Bifidobacterium bifidum*, un anaerobio productor de ácido que reduce el crecimiento de microorganismos patógenos intestinales en lactantes que reciben lactancia materna. (Organización Mundial de la Salud 1998) (Hamosh M 1998)

LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA

Los niños y niñas deben ser amamantados en forma exclusiva y a libre demanda desde el nacimiento y hasta los primeros seis (6) meses de vida. Después continuar con lactancia materna y alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida, según recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (UNICEF), a través de la Estrategia mundial Iniciativa Hospital Amigo del Niño(a) y la Madre. (Organización Mundial de la Salud 1998)

Inmediatamente después del nacimiento y de haberse brindado los cuidados iniciales al recién nacido(a), este debe ser colocado junto a su madre, sobre su abdomen y pecho, piel con piel. Se ha observado que los bebés en estas circunstancias demuestran capacidades notables: están alertas, pueden reptar y alcanzar los pechos de sus madres. El contacto con las manos o bocas de sus hijos estimula la secreción de oxitocina, con lo cual se inicia el flujo de leche materna. El recién nacido huele y lame el pezón materno, inicia la succión y se alimenta. (Organización Mundial de la Salud 1998)

El contacto precoz y el amamantamiento en la primera hora permite que las madres amamenten por tiempos más prolongados. (Organización Mundial de la Salud 1998); (Fransson AL 2005)

Existe suficiente evidencia que apoya la importancia de este contacto inicial piel-piel y el amamantamiento durante la primera hora. Se sabe que garantiza la temperatura del bebé, lo tranquiliza, le permite una respiración más regular y ofrece la posibilidad de que las bacterias maternas colonicen su piel e intestinos sin causar enfermedad, pues al iniciar el amamantamiento la leche de la madre les ofrece elementos protectores frente a estas bacterias. (Fransson AL 2005)

Estudios indican que algunos factores en la leche humana pueden inducir a que el sistema inmune del bebé madure más rápido que si fuese alimentado en forma artificial. Por ejemplo, niñas y niños amamantados producen más altos niveles de anticuerpos en respuesta a las inmunizaciones. También ciertas hormonas de la leche materna (cortisol) y proteínas pequeñas (incluyendo factor de crecimiento epidérmico, factor de crecimiento nervioso, factor de crecimiento parecido a la insulina y somatomedina C), actúan sellando las cubiertas de mucosas del recién nacido, haciéndolas impermeables a la acción de patógenos y otros agentes potencialmente dañinos. (Newman J 1995)

Si el bebé presenta un trastorno diarreico no debe suspenderse la lactancia materna, por el contrario, debe aumentarse el número de mamadas, para garantizar una adecuada ingesta calórica y de nutrientes. (Sandhu BK 1997)

Diferentes estudios prospectivos de cohortes han demostrado el efecto protector de la lactancia materna en enfermedades diarreicas, incluso en poblaciones cuya exposición a microorganismos patógenos entéricos es relativamente baja. (Duffy LC, Byers TE 1986); (Howie PW, Forsyth JS 1990)

Es importante enfatizar que los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna en la prevención de enfermedades diarreicas, son mayores si el amamantamiento es exclusivo y a libre demanda en los primeros seis meses de vida, para ser complementada luego por alimentos adecuados a los requerimientos calóricos y nutricionales del niño o niña.

La lactancia materna limita la exposición del lactante a agentes patógenos ambientales que pueden introducirse a través de alimentos, líquidos o dispositivos para alimentación contaminados. Por esto, promoverla reduce el riesgo de que la diarrea se agrave o se prolongue, al mismo tiempo que puede prevenirla.

Es prioritaria la promoción y divulgación de los beneficios de la lactancia materna en todos los niveles de la sociedad, no sólo para la prevención de enfermedades como la diarrea aguda, sino para el óptimo desarrollo integral de los niños y niñas.

Se puede decir que el amamantar es la acción y el resultado de alimentar con leche materna permitiendo suministrar al neonato con los nutrientes que necesita para un crecimiento y desarrollo adecuado. Cuando la madre alimenta a su hijo se produce un intercambio natural de sensaciones que establecen un vínculo innato que permitirá el desarrollo de su personalidad al sentirse protegido, lo que a su vez le brinda la posibilidad de crear vínculos adecuados con su entorno al contribuir al desarrollo de un individuo más seguro de sí mismo y confiado para relacionarse de manera más armoniosa desde el punto de vista social. (Marín-Ospina J, Jiménez-Urrego 2015)

Por otra parte, la lactancia en lo que se refiere a la madre está sujeto a múltiples influencias sociales, económicas y culturales. Ya que al amamantar las madres primerizas deben ser informadas correctamente y contar con el apoyo correspondiente psicológico. (Gorrita-Pérez RR, Bárcenas-Belló Y, Gorrita-Pérez Y, Brito Herrera B, 2014)

ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

La salud materno infantil queda englobada dentro de la salud pública, definida como el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y rehabilitar a la comunidad en general. También se encarga de atender a la población madre, recién nacido y familia, ocupándose del embarazo, parto y puerperio incluyendo la salud de la mujer.

Podemos decir que los profesionales de la salud que trabajan con las madres y recién nacidos tienen un papel muy importante, cuidando el entorno y realizando educación para la salud, divulgando y promocionando estilos de vida saludables. (Aguayo J, Arena J, Díaz-Gómez M, Gómez-Papi A, Hernández-Aguilar, 2004)

Para realizar esta labor, y poder ayudar realmente a las madres a amamantar, los profesionales tienen que conocer los deseos, habilidades y conocimientos de las madres con respecto a la LM. Los factores que influyen en la LM y en la relación madre-hijo a lo largo de los primeros meses se conocen de manera parcial, y este desconocimiento dificulta no sólo la instauración y el mantenimiento de la LM, sino también el diseño de actividades para promocionarlas por parte de los profesionales. (Gill S 2001)

MITOS Y CREENCIAS QUE INTERVIENEN EN LA LM

Un mito es un relato tradicional que se basa en creencias antiguas, que da explicaciones sobrenaturales a hechos o fenómenos naturales y que se distingue por su perdurabilidad a través del tiempo; también se considera una representación de hechos o personajes reales de forma exagerada en la que a la persona o cosa se le atribuyen cualidades o excelencias que no tiene.²

Por su parte, una creencia es dar algo por verdadero sin conocerlo de manera directa o sin que se haya comprobado o demostrado; es un hecho o noticia que se considera cierta.³

Con base en estas definiciones, la diferencia entre mito y creencia radica en que el primero es un relato o idea que da una explicación fantasiosa o irreal, mientras que la segunda es dar veracidad a una idea que no se ha verificado.

Con el paso de los años, y debido al aumento en los índices de participación de la mujer en la vida laboral, al auge de la industria de alimentos, al mayor uso de sucedáneos de la leche materna, a los nuevos prototipos de belleza y a la incidencia de la cultura, han surgido diversos mitos y creencias acerca del manejo de la LM que varían según la cultura de cada comunidad y suelen entorpecer su práctica. (Suárez M 2010).

1. La madre debe tomar mucha leche para producir leche materna

Falso: no existe evidencia científica que algún alimento o sustancia incremente la cantidad y la calidad de la leche materna.

² Enciclopedia Banrepubcultural. Bogotá D.C.: Banco de la República; 2015. Mito. Available from: Available from: <https://bit.ly/3h8tFT9>
Diccionario de la Lengua Española. 23rd ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. Mito. Available from: Available from: <https://bit.ly/3m5gGWf>

³ Diccionario de la Lengua Española. 23rd ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. Creer. Available from: Available from: <https://bit.ly/3idSFJZ> .

Diccionario de la Lengua Española. 23rd ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. Creencia. Available from: Available from: <https://bit.ly/3jVPHdG> .

Para garantizar una adecuada producción de leche es importante que el bebé amamante a demanda, sin restricciones y que vacíe cada seno. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2012)

Pues durante la succión se produce un estímulo en las terminaciones nerviosas sensitivas de la aréola y el pezón que llegan hasta el hipotálamo, donde se libera la hormona prolactina que estimula el trabajo de las células productoras de leche. La hormona oxitocina, producida en la neurohipófisis, provoca la eyección o salida de la leche. (Álvarez-Matos D 2014)

2. Consumir cerveza incrementa la producción de leche y su calidad

Falso: el consumo de alcohol disminuye la secreción de oxitocina y aumenta la de prolactina, lo cual afecta la salida de leche entre un 10% y 15%.

Asimismo, es importante aclarar que si la madre consume cerveza la leche puede contener alcohol y, por tanto, causar sedación, irritabilidad y retraso psicomotor en los niños.⁴

3. La madre debe seguir una dieta especial (comer el doble) para aumentar la producción de leche

Falso: aunque los requerimientos nutricionales de la madre durante la lactancia son mayores que los necesarios para la gestación, la necesidad de calorías totales depende de factores como su peso, edad, nivel de actividad física y metabolismo. (Ares-Segura S 2016)

4. La LM aumenta la caída del cabello

Verdadero: después del parto se puede presentar pérdida del cabello, lo cual se relaciona con el amamantamiento, pues durante la gestación se presenta una mayor cantidad de pelos anágenos (en crecimiento) respecto a los telógenos (en reposo o caída) debido a que los estrógenos estimulan la fase de crecimiento y en el posparto disminuye la concentración de esta hormona; por tanto se produce el "efluvio telógeno" o caída repentina del cabello durante aproximadamente 1 a 4 meses después parto. (Baena-Antequera F 2012)

5. La LM aumenta el grado de miopía

Falso: no existe ninguna evidencia que señale la relación entre LM y aumento en el grado de la miopía en la madre; tampoco se conoce el origen de esta creencia. (Rojas-Collazos LK 2010)

⁴ Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna (APILAM). Alcohol. Riesgo alto para la lactancia. e-lactancia; 2016. Available from: Available from: <https://bit.ly/2GCr0Vb>

6. Durante la LM la madre no debe realizarse radiografías y mamografías

Falso (radiografías): los rayos x no se transfieren a la leche materna ni modifican sus características. La ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética tampoco generan riesgos para el lactante.

Además, los contrastes que usan yodo no son absorbidos por vía oral y apenas pasan a la leche, los de bario no pasan a la leche y otros se absorben mínimamente por vía oral, por lo que no es necesario desechar la leche "irradiada". (Newman J. 2007)

Verdadero (mamografías): según los isótopos utilizados y las dosis administradas, es posible que la madre pueda continuar lactando normalmente; sin embargo, en ocasiones, puede convenir dejar de lactar y desechar la leche durante unas horas, o incluso días. (Niño E. 2015)

7. Durante la LM la madre no puede tener relaciones sexuales porque la leche se deteriora

Falso: tener relaciones sexuales no interfiere en la producción ni en la calidad de la leche materna.⁵

8. La LM se debe suspender si la madre queda embarazada

Falso: existe la creencia errónea de que la lactancia durante la gestación puede llevar a aborto espontáneo debido a las contracciones uterinas generadas por la oxitocina que se produce cuando el lactante estimula el pecho de la madre, pero esto ha sido desmentido en numerosos estudios. (Arias-Secades L 2016; Romero-Vázquez GM 2015)

Es importante mencionar que cuando una madre embarazada continúa amamantando se pueden producir algunos cambios en la composición, la producción y, por ende, el sabor de la leche, lo que podría llevar a que se produzca un destete natural. Sin embargo, la leche de estas madres continúa siendo alta en nutrientes y en factores inmunológicos importantes para los niños. (Arias-Secades L 2016)

Además, en caso de un nuevo embarazo se debe prestar especial atención al cubrimiento de las necesidades nutricionales de la madre teniendo en cuenta sus dos estados fisiológicos: embarazo y lactancia.

9. La LM se debe suspender si la madre tiene pechos pequeños, cirugías previas de mamas o pezones planos o invertidos

Falso: el tamaño de los senos no influye en los procesos de producción de leche materna: aunque algunas mujeres tienen mayor contenido graso en las glándulas mamarias, el tejido glandular que produce la leche es casi del mismo tamaño en todas

⁵ Mitos y realidades sobre la lactancia materna. Revista compensar. 2017. Available from: Available from: <https://bit.ly/35jSvxc>

las mujeres, por lo que solo se requiere una adecuada técnica de succión a libre demanda para garantizar una adecuada producción de leche.⁶

Asimismo, el potencial para la lactancia no se encuentra comprometido por los implantes o las cirugías mamarias, especialmente si se evitan las incisiones dentro del parénquima mamario y cuando los implantes son colocados en los subpectorales. (Calderón JM 2016)

10. El tabaco no le hace mal al bebé mientras la madre no fume cerca de él

Falso: la nicotina se absorbe a través de las mucosas y por tanto los lactantes están altamente expuestos al xenobiótico a través de la leche que consumen cuando su madre es fumadora; además, la nicotina puede generar en el niño mayor riesgo de infecciones, irritabilidad, cólicos, síndrome de abstinencia y síndrome de muerte súbita.

En madres fumadoras el volumen de leche disminuye y su composición se altera, siendo esto un riesgo para el lactante. Asimismo, tal disminución en la producción de leche, así como otros factores o síntomas producidos por la nicotina en los bebés (cólicos, llantos, trastornos del sueño, entre otros), hacen que el destete sea más precoz. (Gulayin M 2013)

11. Por las tardes se tiene menos leche que por las mañanas

Falso: en las horas de la tarde-noche la mayoría de los niños aumentan su consumo de leche, razón por la cual las madres tienen la falsa creencia de que la producción disminuye en esas horas. (Blázquez-García MJ 2007)

12. El calostro se debe desechar porque es sucio y antihigiénico

Falso: el calostro es viscoso y amarillento y su aporte nutricional es diferente a la leche madura: tiene una alta cantidad de inmunoglobulinas que recubren el epitelio del intestino y previene la adherencia de virus, parásitos, bacterias y otros microorganismos patógenos, por lo cual es un alimento que protege de alergias e infecciones al recién nacido. (Valdés-Soler A 2014)

13. La leche materna no contiene suficiente hierro para suplir los requerimientos del bebé durante los primeros seis meses de vida

Falso: en los primeros seis meses de vida la principal fuente de hierro que permite satisfacer las necesidades del lactante es el pinzamiento tardío del cordón umbilical, pues el hierro fetal que se almacena durante la gestación es liberado por la hemoglobina fetal durante las dos primeras semanas de vida. (Ruiz-Cabello FJ 2012)

⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia Materna. Quito: Unicef; 2012. Available at: Available at: <https://uni.cf/33bhNuB>
Organización Mundial de la Salud (OMS), Unicef. Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del Facilitador. Ginebra: OMS; 2009.

Además, aunque el contenido de hierro de la leche materna no es alto, su absorción es más eficiente debido a una mejor biodisponibilidad. (Guillén-López S 2010)

14. Las tomas nocturnas de pecho favorecen la aparición de caries en el bebé

Falso: no existe evidencia científica sobre la relación entre las tomas nocturnas de pecho y la aparición de caries en el lactante;⁷ por el contrario, la LM en general tiene efectos positivos sobre el desarrollo dental y sobre las alteraciones dentolabiales gracias a que previene hábitos deformantes en la boca, promueve el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio, evita anomalías dentomaxilofaciales, mejora la oclusión dental y contribuye con la prevención de caries.⁸

15. El uso de biberón no produce síndrome de confusión de pezón

Falso: uno de los aspectos negativos del uso del biberón es que causa síndrome de confusión con el pezón debido a que con este el lactante debe comprimir el chupo para que la leche salga, mientras que en la LM el bebé sólo debe succionar y ejercer presión negativa con la lengua para obtener la leche. (Benítez L 2009)

16. No se debe despertar a un bebé durante la noche para amamantarlo ya que el sueño alimenta tanto como la leche materna

Falso: no existe ninguna razón para que el niño deje de ser alimentado en la noche. Además, la práctica nocturna durante los primeros días y semanas es de suma importancia para establecer una adecuada lactancia y tiene otras ventajas como que previene la mastitis porque el pecho no pasa mucho tiempo sin vaciar.⁹

Además, contribuye a la relación afectiva madre-bebé y a la producción de mayores volúmenes de leche ya que en la noche los niveles de prolactina son más altos.¹⁰

17. La LM se debe suspender si los bebés están enfermos o tienen diarrea

⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington: OMS; 2010. Available from: Available from: <https://bit.ly/328zonL>.

⁸ Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna y caries. AEP; 2015]. Available from: Available from: <https://bit.ly/2R8e1ww>

⁹ Colombia. Ministerio de Salud y Protección social (MinSalud). Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Bogotá D.C.: MinSalud; 2013. Available from: Available from: <https://bit.ly/35kcbkG>

¹⁰ Gobierno de La Rioja. La lactancia materna. Información para amamantar. Rioja: Rioja Salud; 2014. Available from: Available from: <https://bit.ly/35hZyq1>

Falso: en presencia de diarrea es importante continuar con la LM en condiciones normales ya que esta práctica es favorable si se considera que su baja carga renal de solutos, su alta digestibilidad y sus propiedades inmunológicas protegen al intestino contra agentes agresores, además aporta factores antimicrobianos y disminuye reacciones alérgicas. (Paco-Quisbert LJ 2009; Figueroa O 2014)

18. Se debe amamantar al bebé en un horario regular, cada dos o tres horas, durante 10 a 15 minutos en cada pecho

Falso: lo indicado es que la LM sea a libre demanda y sin restricciones. Durante los primeros días de vida la madre y el recién nacido deben permanecer estrechamente unidos y se espera que el bebé realice aproximadamente 8 a 12 tomas diarias, algunas menos espaciadas (cada 15-20 minutos) que otras (cada 2-3 horas). La frecuencia en la succión, que no debe tener un horario establecido, y la proximidad madre-bebé son muy importantes para lograr una adecuada producción de leche y una mejor adaptación del niño. Las tomas deben ser más espaciadas a medida que el lactante madura. (Román-Richmann E 2010)

19. Las niñas deben amamantarse por menos tiempo que los niños porque de lo contrario serán más fértiles en la edad adulta

Falso: esta afirmación no tiene evidencia científica, por lo cual se debe amamantar tanto a niños como a niñas por el mismo tiempo. Además, la LM tiene innumerables ventajas que sí han sido comprobadas en ambos sexos, como que previene la desnutrición, reduce el riesgo de algunas enfermedades (incluyendo las infecciosas) y fortalece las relaciones familiares, promoviendo así una buena salud. (Díaz C 2009)

20. El éxito de la lactancia depende del tipo de parto

Falso: aunque las mujeres que han tenido cesárea tienen menos probabilidad de dar inicio a la lactancia en las primeras horas después del nacimiento, es posible tener una lactancia exitosa una vez se ha establecido este proceso. (Bedoya J 2013)

Además, luego del primer mes las diferencias en la duración de la lactancia de acuerdo al tipo de parto no son evidentes.¹¹

De igual forma, es importante tener en cuenta que cuando se realiza un procedimiento de cesárea es posible iniciar la LM en la primera hora de vida del bebé siempre y cuando se faciliten las condiciones necesarias. (Pozo-Salazar LM 2010-2011)

Según los hallazgos, la mayoría de creencias no son ciertas debido a que corresponden a arraigos culturales de generaciones anteriores que se transmiten voz a voz, que no tienen fundamentos científicos y que dependen del entorno cultural y social de cada madre, además su práctica hace que no se sigan las recomendaciones establecidas por organismos internacionales que propenden por el bienestar infantil y materno.

¹¹ Ecuador. Ministerio de Salud Pública (MSP). Atención del parto por cesárea. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: MPS; 2016. Available from: Available from: <https://bit.ly/33dEHBN>

Asimismo, al ser de todo tipo y de diferente índole, las creencias involucran aspectos como la salud de la madre y del bebé, la duración y el tiempo de amamantamiento, entre otros, por lo cual el presente artículo aporta elementos basados en evidencia científica que permiten desmitificar aquellas creencias erróneas que limitan la práctica de la lactancia materna.

ESTRATEGIA METODOLÓGICO.

TIPO DE ESTUDIO: Esta investigación es de carácter descriptivo.

Es cuantitativo, de corte transversal.

Los datos se obtuvieron de una muestra que se realizó a 20 madres puérperas primerizas de 15 a 35 años, que asisten a un hospital de Berazategui conurbano bonaerense.

- Esta investigación se realizó a través de la modalidad de campo, los datos fueron recolectados de la población en estudio, las cuales fueron 20 madres primerizas de 15 a 35 años, que asisten a un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.
- Tipo de estudio: es descriptivo, dado que se describieron características más relevantes.
- La investigación es cuantitativa, porque una vez obtenidos los datos nos permitieron realizar una cuantificación numérica de las variables y determinar algunas características que se relacionan con el tema.
- Es cualitativo porque describe rasgos o componentes peculiares de un objeto de estudio.
- Es transversal porque se obtienen los datos en un tiempo determinado.

POBLACIÓN

La población investigada es de 20 madres puérperas primerizas.

MUESTRA

Las muestras se tomarán en 20 madres primerizas de 15 a 35 años, que asisten a un hospital de Berazategui conurbano bonaerense.

UNIDAD DE ANÁLISIS.

La unidad de análisis, será cada madre puérpera primeriza de 15 a 35 años que asisten a un hospital de Berazategui conurbano bonaerense

CRITERIOS INCLUSIÓN

- Todas las madres primerizas de 15 a 35 años.
- Que asistan a un hospital de Berazategui conurbano bonaerense.
- Que aceptaron realizar la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas las madres primerizas de 15 a 35 años, que no asisten a un hospital de Berazategui conurbano bonaerense.

Otro criterio de exclusión es aquellas mujeres que no deseaban participar de la encuesta y entrevista.

FUENTE DE DATOS.

La fuente de datos es primaria, se realizó una encuesta, con preguntas cerradas, las cuales fueron de manera confidencial.

HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó una encuesta anónima a madres puérperas primerizas 15 a 35 años, que asistían a un hospital de Berazategui conurbano bonaerense las encuestas se realizaron con preguntas cerradas.

Previo a la recolección de la información, se le comunicó a cada una de las mujeres, que la encuesta y entrevista a realizar eran anónimas.

CONTEXTO DE ANÁLISIS:

Los datos fueron obtenidos a partir de la realización de 20 encuestas.

Previo a la recolección de la investigación se explicó a cada encuestada sobre el estudio.

Las encuestas fueron numeradas, registrando los datos en una planilla matriz

Los objetivos específicos dieron lugar a las variables, fueron: identificar las características socio demográficas, sus mitos y creencias sobre lactancia materna, conocer el nivel de información sobre LM, identificar los factores que influyen para la elección de una adecuada LM, determinar la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud disponibles en lo que respecta a la Lactancia materna.

Enfermería es una profesión de enorme importancia para la sociedad, cumpliendo un rol cuidador desde lo humanístico y científico y conocer del tema permitirá establecer estrategias con el propósito de mejorar la lactancia materna.

PROCESAMIENTOS DE DATOS.

Los datos obtenidos de la encuesta serán volcados a una planilla de Excel para su posterior análisis e interpretación de datos, se realizarán tablas y gráficos con los resultados obtenidos.

RESULTADOS: TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1: Edad de madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022

EDAD DE MADRES PRIMERIZAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 a 25 AÑOS	8	40%
26 a 35 AÑOS	12	60%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 1:

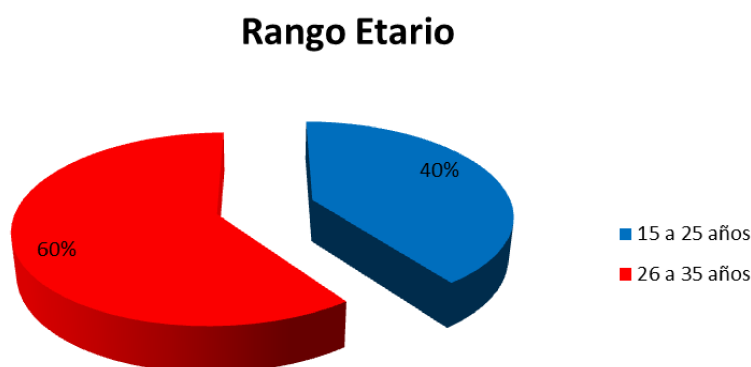


Tabla N° 2: Estado Civil de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SOLTERA	11	55%
CASADA	1	5%
CONCUBINATO	7	35%
SEPARADA	1	5%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 2

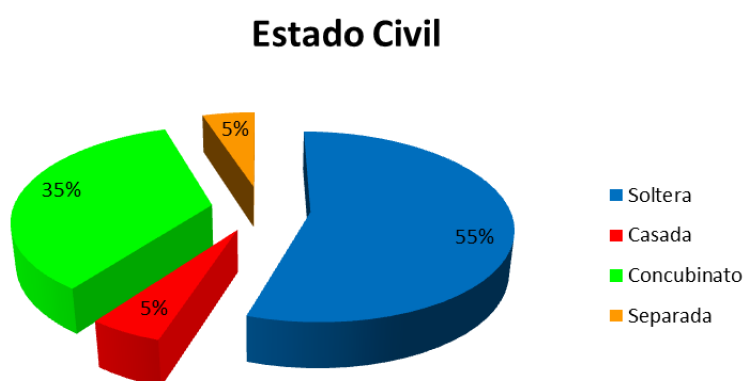


Tabla N° 3: Situación laboral actual de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022

SITUACIÓN LABORAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	7	35%
NO	13	65%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 3:



Tabla N° 4: Nivel Educativo de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022

NIVEL EDUCATIVO	CANTIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	1	5%
PRIMARIA COMPLETA	1	5%
SECUNDARIA INCOMPLETA	4	20%
SECUNDARIA COMPLETA	7	35%
TERCIARIO/UNIVERSITARIO INCOMPLETO	3	15%
TERCIARIO/UNIVERSITARIO COMPLETO	4	20%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 4:

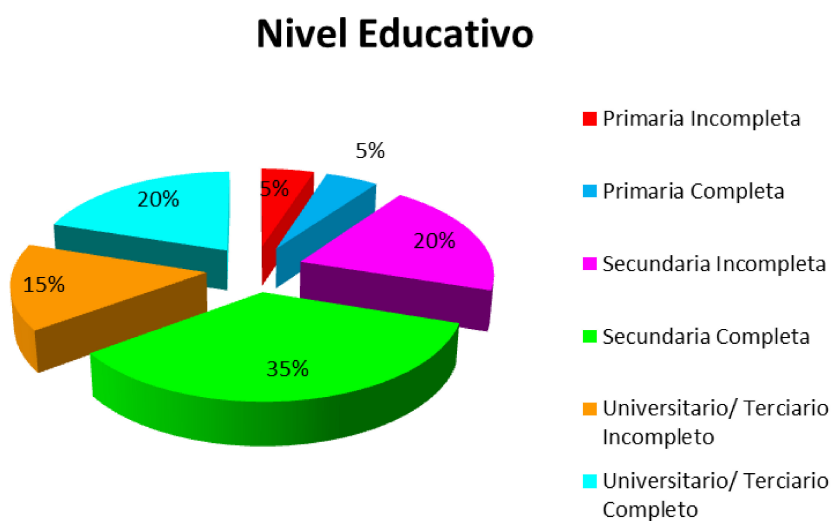


Tabla N° 5: madres puérperas primerizas beneficiarias de un plan social de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

BENEFICIARIAS DE UN PLAN SOCIAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	6	30%
NO	14	70%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 5

Beneficiarias de un plan social

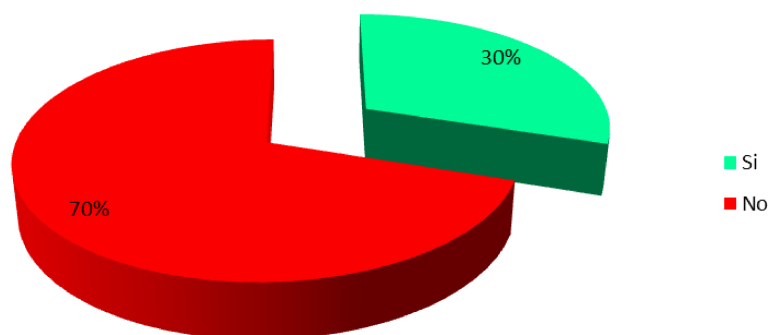


Tabla N° 6: Obra social de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

OBRA SOCIAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	3	15%
NO	17	85%

Fuente Primaria: *elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022*

Gráfico N° 6:

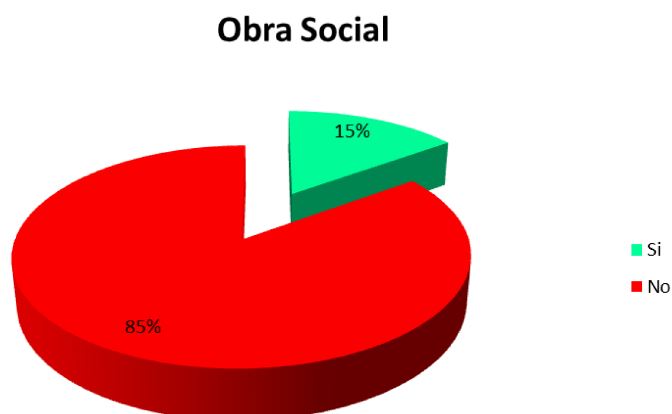


Tabla N° 7: Acceso al sistema de salud de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

ACCESO AL SISTEMA DE SALUD	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	19	95%
NO	1	5%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 7:

Acceso al Sistema de Salud

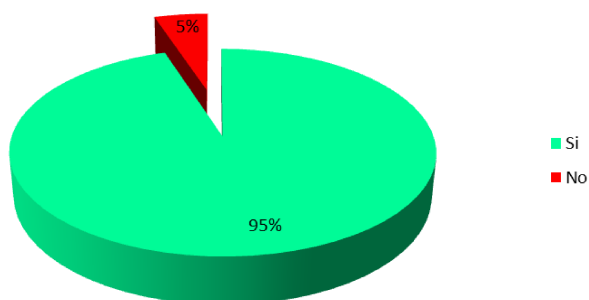


Tabla N° 8: Conocimiento previo sobre LM de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LM	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	11	55%
NO	9	45%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 8:

Conociento previo sobre LM

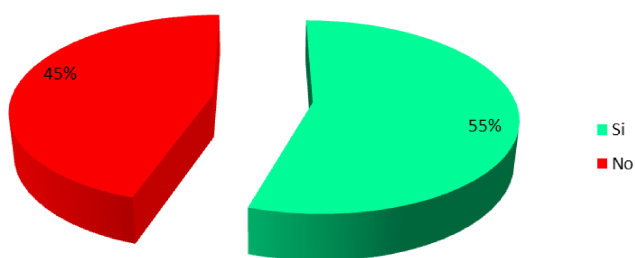


Tabla N° 9: Medios de información sobre LM utilizados por de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

MEDIOS DE INFORMACIÓN UTILIZADOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
INFORMACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD	11	55%
INTERNET	6	30%
LO HABLA CON SU PAREJA	0	0%
CON SUS PADRES	0	0%
AMIGOS Y FAMILIARES	3	15%
EN LA ESCUELA	0	0%
OTROS	0	0%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 9:

Medios de información utilizados

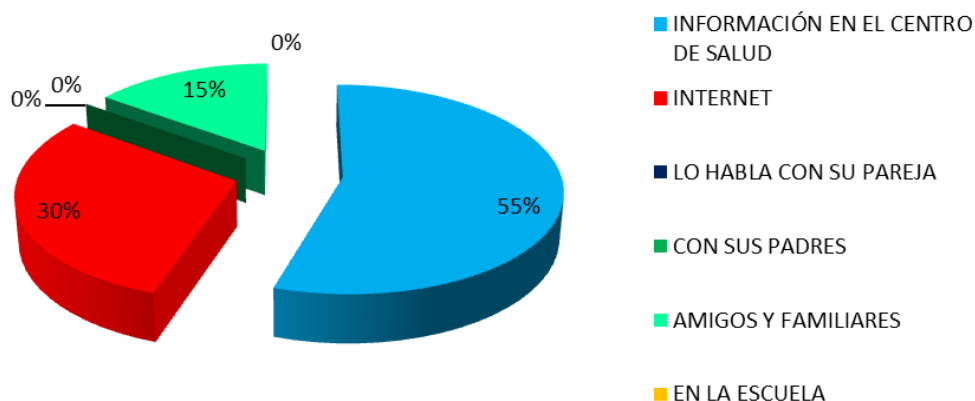


Tabla N° 10: Madres puérperas primerizas que están de acuerdo con la lactancia materna de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

DE ACUERDO CON LA LM	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	16	80%
NO	4	20%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 10:

DE ACUERDO CON LA LACTANCIA MATERNA

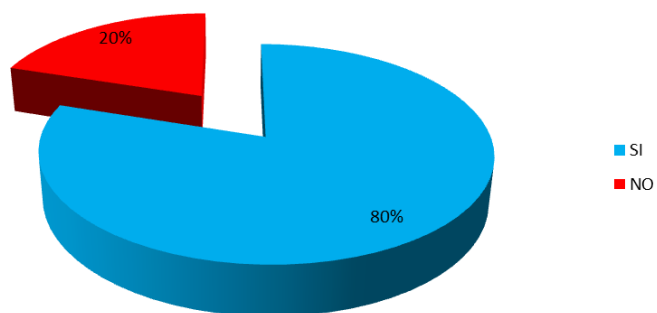


Tabla N° 11: Primera experiencia puesta al pecho de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

PRIMERA EXPERIENCIA PUESTA AL PECHO	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	10	50%
REGULAR	8	40%
MALA	2	10%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 11:

PRIMERA EXPERIENCIA PUESTA AL PECHO

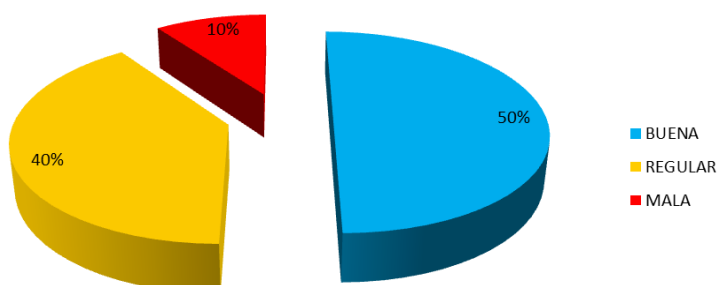


Tabla N° 12: Complicaciones al amamantar de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

COMPLICACIONES AL AMAMANTAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	9	45%
NO	11	55%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 12:

COMPLICACIONES AL AMAMANTAR

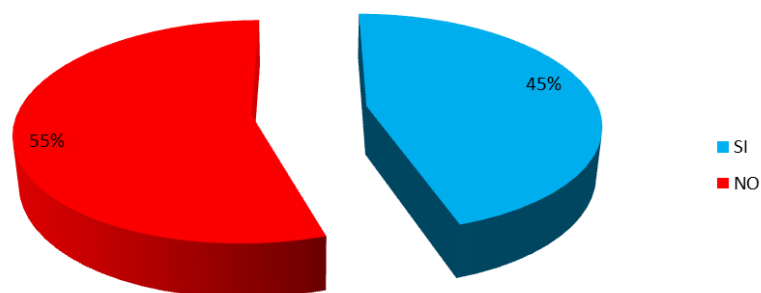


Tabla N° 13: Dolores al amamantar de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital d Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

DOLORES AL AMAMANTAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	12	60%
NO	8	40%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 13

DOLORES AL AMAMANTAR

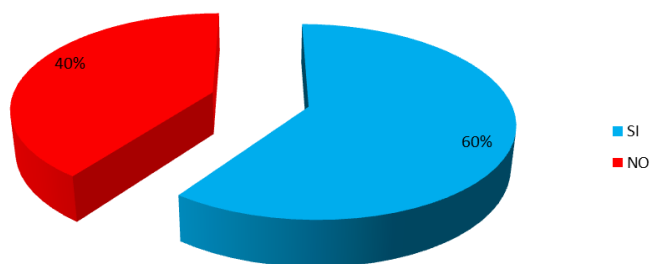


Tabla N° 14: Inconveniente con el calostro de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

INCONVENIENTE CON EL CALOSTRO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	3	15%
NO	17	85%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 14:

INCONVENIENTE CON EL CALOSTRO

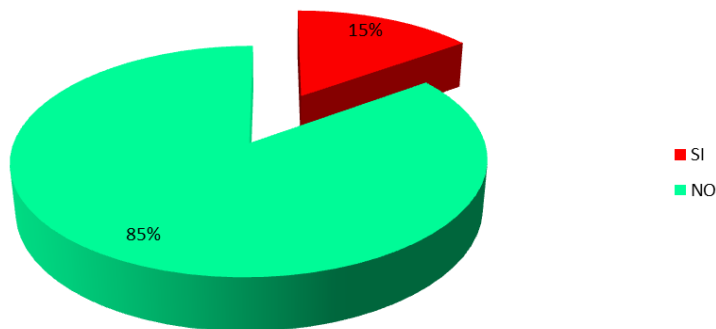


Tabla N° 15: El bebé se prendió adecuadamente al pecho de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

EL BEBÉ SE PRENDIÓ ADECUADAMENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	12	60%
NO	8	40%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 15:

EL BEBÉ SE PRENDIÓ ADECUADAMENTE

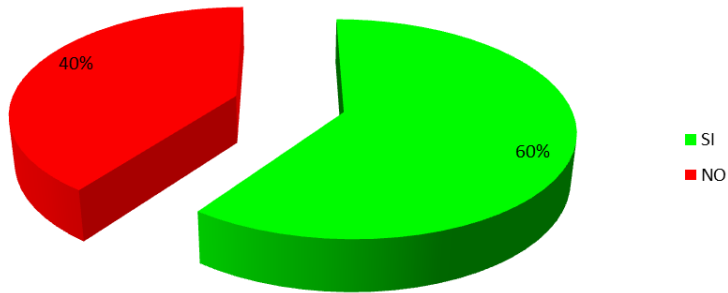


Tabla N° 16: Problema con los pezones para darle correctamente el pecho al bebé de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

PROBLEMA CON LOS PEZONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	5	25%
NO	15	75%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 16:

PROBLEMA CON LOS PEZONES

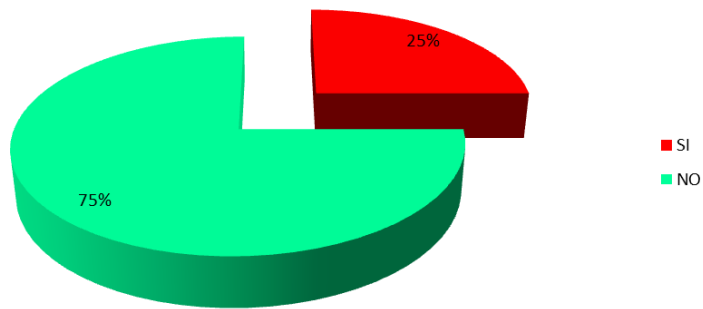


Tabla N° 17: El bebé tiene problemas anatómicos en la boca madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

EL BEBÉ TIENE PROBLEMAS ANATÓMICOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	20	100%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 17:

EL BEBÉ TIENE PROBLEMAS ANATÓMICOS

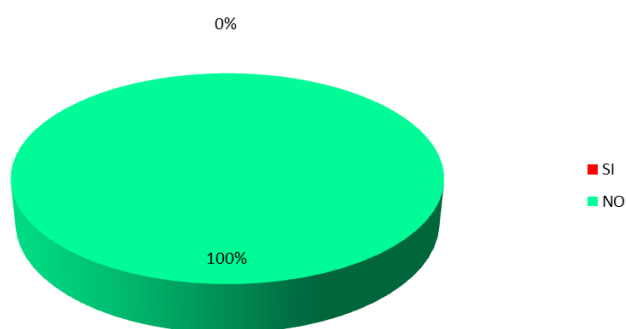


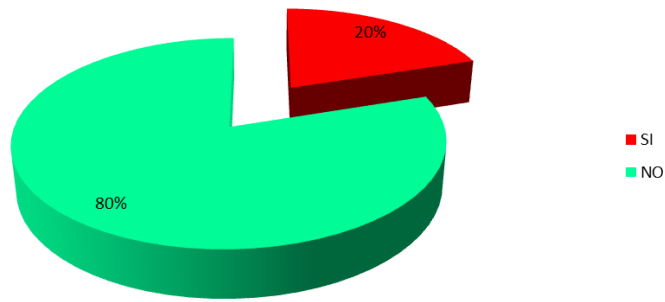
Tabla N° 18: Mito o creencia que interfiera con darle el pecho al bebé de las madres puérperas primerizas de 15 a 35 años según el nivel sociocultural de un hospital de Berazategui conurbano bonaerense desde julio de 2022- noviembre 2022.

MITO O CREENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	4	20%
NO	16	80%

Fuente Primaria: elaboración propia en base a datos obtenidos de puérperas primerizas que asisten a un hospital de Berazategui, conurbanos bonaerenses. En el periodo de julio a noviembre del 2022

Gráfico N° 18:

MITO O CREENCIA



CONCLUSIÓN

Conforme a la investigación realizada, a través de 20 encuestas a madres puérperas primeriza se buscó conocer los argumentos que presentan las madres primerizas de 15 a 35 años basándonos en su nivel sociocultural, respecto de la lactancia materna en un hospital de Berazategui conurbano bonaerense, de la Provincia de Buenos Aires, Argentina desde Julio a noviembre 2022.

Se pudo hallar información que revela la importancia de los argumento que presentan las madres primerizas, en cuanto a sus características sociodemográfica, un 60% son madres que se encuentran dentro del grupo etario de 26 a 35 años de edad, mientras que el 40% está entre los 15 y 25 años, en cuanto a el nivel educativo predominan las madres con secundario completo ya que el 35% los había culminado, mientras que solo el 5% se encontraba con primaria incompleta, en cuanto a su situación laboral, el

65% se encontraba desempleada, no así el 35%, de las misma, mientras que en cuanto al estado civil, el 35% se encuentra en concubinato, y el 55% es soltera, con un mínimo de 5% casada, cuando se encuestó en cuanto a si reciben ayuda social sólo el 30% de las madres afirmó que si lo recibía mientras que el 70% negó recibirlo.

Con respecto a la asistencia médica el 85% no cuenta con obras sociales, si cruzamos este dato con la situación laboral de las madres obtenemos un dato importante, dado que solo el 30% de las madres se encuentran empleadas, en cuanto al acceso a la salud el 95% de las madres afirmó que tiene acceso a la misma mientras que solo el 5% negó tenerlo.

En cuanto al conocimiento de la lactancia materna, el 55% de las madres reconoce tener información de la misma mientras que el 45% refiere no tener conocimiento, dado la importancia que representa la lactancia materna para el desarrollo del bebé, el porcentaje de descaecimiento sobre la misma revela un alto índice, en lo que revela los medios de información utilizados el 55% lo obtuvo de los centros de salud, mientras que 30 de internet y en un 15% de familiares y amigos, lo que muestra la importancia del personal preparado para brindar información fehaciente sobre la lactancia materna.

Sobre la representación de los datos sobre el porcentaje de madre que está a favor de la lactancia materna en gratamente elevado ya que, el 80% manifestó estar a favor de la lactancia y solo un 20% negó estarlo, en cuanto a la experiencia de la primera puesta al pecho un 50% refirió ser buena y solo un 2% tener mala experiencia, la misma revela un antecedente importantísimo ya que el porcentaje de madres a favor de la lactancia es positivo para los beneficios que se logran con la misma, así mismo el 45% de las madres refirió tener al menos una complicación a la hora de amamantar, mientras que el 55% no expresó complicaciones en esta misma el 60% de la madres sostuvo que sintió dolor al amamantar y solo el 40% no.

En cuanto al calostro, el 85% de las madres no ha tenido complicaciones, este dato nos ofrece un dato satisfactorio ya que, que el mismo brinda innumerables beneficios en las primeras horas de vida del bebé, cuando se indago sobre la prendida del bebe al pecho materno el 60% de las madres contestó positivamente mientras que el 40% no tuvo una buena prendida, en cuanto a este dato nos da una información que es de suma importancia ya que el personal de enfermería es el encargado de brindar ayuda con las primera puesta al pecho del bebé.

Con respecto a si las madres han tenido problema con los pezones al momento de amamantar las respuestas fueron que solo el 25% lo tuvo mientras que el 75% no presentó ninguno, en cuanto a la anatomía de la boca del bebé el 100% de las madres encuesta refirió que su bebé no presenta problemas anatómicos.

Por último, en cuanto a la existencia de mitos y creencias que existen con respecto a la lactancia materna, solo el 20% afirmó tener alguno, esto nos arroja un dato importante que nos deja ver el porqué del porcentaje elevado de madres que están a favor de la lactancia materna.

Teniendo en cuenta los datos revelados con anterioridad, podemos afirmar la importancia que representa el personal de enfermería a la hora de acompañar a las madres en el puerperio y la lactancia materna, un porcentaje de gran importancia de las madres sostuvo estar a favor de la lactancia materna, sin embargo tener alguna problemática a la hora de poner al pecho al bebé, si tenemos en cuenta ese dato de gran importancia, es indispensable contar con herramienta que posibiliten a cada madre una óptima lactancia en la primeras horas de vida del bebé, con el acompañamiento adecuado desde el personal, en segundo lugar la importancia de la información obtenida de las madre se hace desde los centros de salud, es a través de esa información que las madres logran interpretar la importancia que representa la lactancia materna por lo que esa información debe estar acompañada de conocimiento de parte del personal de enfermería.

En conclusión si bien en la actualidad la lactancia materna es tomada como un alimento óptimo para el lactante, quedan muchas brechas por vencer, que solo puede derrumbarse si se logra un acompañamiento constante, cargado de información que ayude a que cada madre a brindar lactancia eficaz, y que pueda sostenerla en el tiempo, ser madre primeriza representa un gran cambio en cada madre, que trae aparejado muchas inseguridades, en por ello que un buen acompañamiento a la hora de la práctica de la lactancia materna por parte del personal de enfermería con conocimientos óptimos derribará muchas barreras que impiden la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

Harris N, Spoerri I, Schopfer J, Nembrini C. (2006) Mechanisms of Neonatal Mucosal Antibody Protection. *J Immunol*, 177: 6256-6262. Disponible en: www.jimmunol.org/cgi/content/full/177/9/6256.

Sheppard J (2004). Immunology of Breastmilk. Disponible en: www.hpakids.org/holistic-health/articles/11/1/Immunology-of-Breastmilk.

Sara Valado-Álvarez (2018). Amamantamiento: Aspectos psicosociales. *Revista Mexicana de PEDIATRÍA*. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2018/sp186h.pdf>

Marín-Ospina J, Jiménez-Urrego (2015) AM, Villamarín-Betancourt EA. La importancia de la lactancia en el desarrollo físico, psíquico y relacional del niño. Vínculo. Revista do NESME. 2015; 12(1): 7-18.

Gorrita-Pérez RR, Bárcenas-Belló Y, Gorrita-Pérez Y, Brito Herrera B (2014). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev cubana Pediatr [Internet]. 2014 jun 86(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=e

Aguayo J, Arena J, Díaz-Gómez M, Gómez-Papi A, Hernández-Aguilar MT, Landa L et al (2004). Lactancia materna: guía para profesionales. Asociación Española de Pediatría, editor. Madrid: Argón, 2004.

Gill S (2001). The Little Things: Perceptions of breastfeeding support. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2001; 30: 401-409.

Rocío Patricio del Castillo· Cristina Polo Usa ola (2021) Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2021. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352020000200003#:~:text=En%20la%20mujer%2C%20la%20maternidad,otros%20discursos%20de%20realizaci%C3%B3n%20personal.

Alza I, Leahy-Warren P, Benamina Y, Benamina M, Benamina SI, Benamina A, (2018) et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. BMJ Open 2018; 8(10).

Socavo (2013) Dilemas De La Maternidad En La Actualidad: Antiguos Y Nuevos Mandatos En Mujeres Profesionales De La Ciudad De Buenos Aires Revista de Estudios de Género. La ventana, vol. IV, núm. 38, 2013, pp. 50-87 Universidad de Guadalajara Guadalajara, México. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/884/88430445004.pdf>

Sheppard J. Immunology of Breastmilk 2004. Disponible en: www.hpakids.org/holistic-health/articles/11/1/Immunology-of-Breastmilk.

Temboury Molina M. Composición de la leche humana. Lactancia Materna. Guía para profesionales. Monografías de la Asociación Española de Pediatría 2007; 59: 59-76.

Castilla Valdez MP. Tratamiento dietético de las diarreas agudas y persistentes. En: R. S. Heller. Temas de Pediatría Asociación Mexicana de Pediatría. Nutrición. Interamericana Mc Graw Hill. México 1996, pp.91-110.

Riverón R. Valor inmunológico de la leche materna. Rev Cub Pediatr 1998; 67(2): 20. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol67_2_95/ped06295.htm.

Newburg D, Walker A. Protection of the Neonate by the Innate Immune System of developing gut and of human milk. Ped.Research 2007;61 (1): 2-7.

Brandtzaeg P. Mucosal immunity: integration between mother and the breast-fed infant. *Vaccine* 2003; 21: 3382-3388. Disponible en: www.pedresearch.org/pt/re/pedresearch/pdfhandler.00006450-200701000-00003.pdf.

Morrow AL, Ruiz-Palacios G, Altaye M, Jiang X, Guerrero M L, Meinzen-Derr Jareen K et al. Human milk oligosaccharides are associated with protection against diarrhea in breast-fed infants. *J Pediatr* 2004; 145: 297-303.

Newburg D, Peterson J, Ruiz-Palacios G, Matson D, Morrow AL, Shults J et al. Role of human milk Lactadherin in protection against symptomatic rotavirus infection. *Lancet* 1998; 351: 1160- 1164

Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS 1998.

Fransson AL, Karlsson H, Nilsson K. Temperature variation in newborn babies importance of physical contact with the mother. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2005; 90: 500-504. Disponible en: <http://www.archdischild.com>.

Newman J. How Breast Milk protects newborns. *Scientific Am* 1995: 58-61.

Hamosh M. Factores bioactivos en la leche materna. En: Pruebas que apoyan la lactancia materna. Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. México. *Clin Pediatr NA* 2001; 1, pp. 67-83.

Hamosh M. Protective functions of proteins and lipids in human milk. *Biol Neonate* 1998; 74: 163.

Sandhu BK, Isolauri E, Walker-Smith JA. Early feeding in childhood gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; 24: 522-527.

Duffy LC, Byers TE, Riepenhoff-Talty M, et al. The effects of infant feeding on rotavirus-induced gastroenteritis: A prospective study. *Am J Public Health* 1986; 76:259- 263.

Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA. Protective effect of breastfeeding against infection. *BMJ* 1990; 300: 11-16. <https://bit.ly/2R8e1ww>

Suarez M. La lactancia materna en el imaginario social [Tesis]. Rosario: Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario; 2010. Available from: <https://bit.ly/3iaupZu>

Enciclopedia Banrepubcultural. Bogotá D.C.: Banco de la República; 2015. Mito.: Available from: <https://bit.ly/3h8tFT9> .

Diccionario de la Lengua Española. 23rd ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. Mito. Available from: <https://bit.ly/3m5gGWf>.

Diccionario de la Lengua Española. 23rd ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. Creer. Available from: <https://bit.ly/3idSFJZ> .

Diccionario de la Lengua Española. 23rd ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. Creencia. Available from: <https://bit.ly/3jVPHdG> .

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Mitos y realidades de la lactancia materna. Nueva York: Unicef; 2010. Available from: <https://uni.cf/2Zh8pEA> .

Rojas-Collazos LK. La lactancia materna, beneficios y mitos. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. 2010 ;2(4). Available from: <https://bit.ly/3dw7syo> .

Medina-Rumante PL, Sandoval-Orellana FL. ¡La mejor leche es la de la mamá! Significados que la comunidad educativa adulta le otorga a la lactancia materna en una sala cuna de la región metropolitana. Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; 2013. Available from: <https://bit.ly/2R3zM0v> .

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna. AEP; 2012. Available from: <https://bit.ly/3bDbjIJ> .

Newman J. Breastfeeding and radiologic procedures. Can Fam Physician. 2007 [cited 2017 Nov 26];53(4):630-1. Available from: <https://bit.ly/2RjITeZ> .

Calderón JM, Carriquiry C. Actualidad en mamoplastia de aumento. Horiz Med. 2016;16(2):54-62. Available from: <https://bit.ly/3k0wszw> .

Gulayin M. Nicotina en Leche Materna y sus Consecuencias en los Lactantes. Epidemiología y Salud. 2013;1(3):12-5. Available from: <https://bit.ly/3m3h47C> .

Martínez-González A, López-Oliván F. Mitos y controversias en la lactancia materna In: Semana Mundial de Lactancia Materna del 1 al 7 de agosto de 2011. México D.F.: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2011. Available from: <https://bit.ly/33cjach> .

Rodríguez P. Mitos y falsas creencias sobre la lactancia materna. Barcelona: Fundación HM Obra Social Nens; 2014. Available from: <https://bit.ly/3m4W7ca> .

Niño E. Mitos y realidades en la lactancia materna. Caracas: Sana Salud para todos; 2015 Available from: <https://bit.ly/2DFRxA1> .

Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev. Chil. Nutr. 2008;35(1):43-52. <https://doi.org/bkk6dq>.

Álvarez-Matos D, Bertrán-Bahades J, Matos-Garcés M, Pascual-Núñez M, Ortiz-Angulo L. Lactancia materna en púerperas con estimulación acupuntural. MEDISAN. 2014;18(10):1325-33. Available from: <https://bit.ly/2FjdwwS> .

Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna (APILAM). Alcohol. Riesgo alto para la lactancia. e-lactancia; 2016 Available from: <https://bit.ly/2GCr0Vb> .

Ares-Segura S, Arena-Ansótegui J, Díaz-Gómez NM. La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *An Pediatr (Barc)*. 2016;84(6):347-56. <https://doi.org/f3h33p>.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3803 de 2016 (agosto 22): Por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 49976; agosto 25 de 2016. Available from: <https://bit.ly/32aenJx> .

Baena-Antequera F, Jurado-García E. Problemas dermatológicos durante la gestación. *Hygia de Enfermería*. 2012. Available from: <https://bit.ly/2R3ie4K> .

Mitos y realidades sobre la lactancia materna. *Revista compensar*. 2017 Available from: <https://bit.ly/35jSvxc> .

Arias-Secades L. La lactancia materna durante el embarazo y en tándem [thesis]. Madrid: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid; 2016 Available from: <https://bit.ly/2FjCWdO> .

Romero-Vázquez GM, Pliego-Martín AI, Romero-Escobar S. Situación especial en la lactancia: Lactancia en tándem. *Revista Enfermería Docente*. 2015;(104):29-32. Available from: <https://bit.ly/337xvHe> .

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia Materna. Quito: Unicef; 2012.: Available at: <https://uni.cf/33bhNuB> .

Organización Mundial de la Salud (OMS), Unicef. Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del Facilitador. Ginebra: OMS; 2009.

Blázquez-García MJ, Orduna-Coarasa A, Tejero-Laínez C, De la Cueva-Barrao P, González-Uriarte A, Romano-Mozo D. Guía de lactancia materna. Aragón: Gobierno de Aragón; 2007 Available from: <https://bit.ly/3bCWEgO> .

Valdés-Soler A, Roza-Mariño A. Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia. Bogotá D.C.: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2014 Available from: <https://bit.ly/2Fbbuzl>.

Ruiz-Cabello FJ. Prevención y cribado de la ferropenia en lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14(53):75-82. <https://doi.org/d8hs>.

Guillén-López S, Vela-Amieva M. Desventajas de la introducción de la leche de vaca en el primer año de vida. *Acta Pediatr Mex*. 2010;31(3):123-8. <https://bit.ly/2R812ew> .

Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington: OMS; 2010 Available from: <https://bit.ly/328zonL> .

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna y caries. AEP; 2015 Available from: <https://bit.ly/2R8e1ww> .

Benítez L, Calvo L, Quiros O, Maza P, Jurisic D, Alcedo C, *et al.* Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2009. Available from: <https://bit.ly/3ibLqT1> .

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Bogotá D.C.: MinSalud; 2013. Available from: <https://bit.ly/35kcbkG> .

Gobierno de La Rioja. La lactancia materna. Información para amamantar. Rioja: Rioja Salud; 2014. Available from: <https://bit.ly/35hZyq1> .

Paco-Quisbert LJ, Zárate-de Calderón E. Extracción manual de leche materna para el mantenimiento de la lactancia. Cuad Hosp Clín. 2009 ;54(2):92-9. Available from: <https://bit.ly/35iCOXd> .

Figuroa O, Vásquez M, Noguera D, Villalobos D. Alimentación del paciente con diarrea aguda. Arch Venez Puer Ped. 2014;77(1):41-7. Available from: Available from: <https://bit.ly/2R5ZQZ5> .

Román-Richmann E, Barrio-Torres J, López-Rodríguez MJ. Diarrea Aguda. In: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SE-GHNP-AEP. Madrid: Ergón S.A.; 2010. Available from: Available from: <https://bit.ly/35hVICR> .

Díaz C, Riaño I, Rodríguez R, Palencia Z, Candás MA. Lactancia Materna. Guía para profesionales. Gobierno del principado de Asturias; 2009. Available from: Available from: <https://bit.ly/3jTQf3C> .

Bedoya J, Benítez LP, Castaño JJ, Mejía O, Moncada V, Ocampo H. La lactancia materna y su relación con patologías prevalentes en la infancia en jardines infantiles de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Archivos de Medicina. 2014 ;14(1):29-43. Available from: <https://bit.ly/2DK3NiY> .

Ecuador. Ministerio de Salud Pública (MSP). Atención del parto por cesárea. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: MPS; 2016. Available from: <https://bit.ly/33dEHBN> .

Pozo-Salazar LM, Pozo-Salazar JA. Interrupción de la lactancia materna del recién nacido de la madre cesareada Clínica Virgen del Cisne. Cantón la libertad. 2011-2012 [Thesis]. La Libertad: Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2012. Available from: <https://bit.ly/2DFKKpS> .

María Carolina Valencia Valencia 2016, Colombia Madres Primerizas; Una Mirada Desde La Cultura Popular Colombiana

ANEXÓ

Encuesta

Edad

15 a 25 años	
--------------	--

26 a 35 años	
--------------	--

Estado Civil

Soltera	
Casada	
Concubinato	
Otro	

Nivel Educativo

Primaria Incompleta	
Primaria Completa	
Secundaria Incompleta	
Secundaria Completa	
Terciario /Universitario Incompleta	
Terciario /Universitario completo	

Trabaja

Si	
No	

¿Es beneficiaria de un plan social?

Si ¿Cuál?	
No	

¿Cuenta con obra social?

Si	
No	

¿Tiene acceso al sistema de salud?

Si	
No	

¿Tenías conocimiento previo sobre la lactancia materna?

Si	
No	

¿Qué medios utiliza para informarse sobre la lactancia materna?

Información en el centro de salud	
Internet	
Lo habla con su pareja	
Con sus padres	
Amigos y Familiares	
En la escuela	
Otros	

¿Estás a favor sobre la lactancia materna?

Si	
No ¿Por qué?	

¿Como fue la primera experiencia puesta al pecho?

Buena	
Regular	
Mala	

¿Tuvo alguna complicación al darle el pecho al bebé?

Si	
No	

¿Sintió algún dolor al amamantar?

Si	
No	

¿Tuvo algún inconveniente con el calostro?

Si	
No	

¿El bebé se prendió adecuadamente al pecho?

Si	
No	

¿Tiene algún problema con los pezones para darle correctamente el pecho al bebé?

Si	
No	

¿El bebé tiene problemas anatómicos en la boca?

Si	
No	

¿Tiene algún mito o creencia que interfiera con darle el pecho al bebé?

Si ¿Cuál?	
No	