



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud

Centro Universitario Regional Zona Atlántica

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO
DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN EL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS

DR. JOSÉ PENNA DE BAHÍA BLANCA,
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

INÉS CRUZ

Viedma, Río Negro, Agosto 2020

INÉS CRUZ

Legajo N°: 123094

Director: Lic. Silvia L. Cañón

Co Director: Lic. Mg. Sara L. Mercado

Fecha de Aprobación del plan de Tesis: Mayo 2019

Fecha de Finalización de Tesis: 15 de Noviembre 2021

“Un bebé acaba de nacer. Su madre lo abraza y lo pone al pecho. Ese momento, que para una madre es inolvidable, el bebé no lo recordará, pero puede marcar su vida. Los niños que no toman leche materna en la primera hora de vida tienen más peligro de contraer enfermedades e incluso de morir.”

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi tesis a mi querida madre que con sus 92 años me anima y espera para verme recibida como profesional. Gracias, mamá, por la vida que me diste para dedicarla a los demás.

AGRADECIMIENTOS

“...Cualquier esfuerzo por el bien produce frutos admirables; el verdadero conocimiento es una raíz que nunca se seca “.

(Sabiduría 3,15)

Agradezco a Dios por el logro realizado y concluir; a Él por estar siempre conmigo.

A la Universidad Nacional del Comahue con sede en Viedma, Río Negro, que a través de sus autoridades, personal educativo y administrativo fueron renovando las posibilidades de continuar en todo este tiempo, sin las cuales habría sido imposible llegar hasta aquí. Y unas gracias muy especiales a la Coordinadora de la Carrera de Enfermería, Lic. Gladys Zúñiga.

Gracias a mi directora Lic. Silvia Cañón y co-directora Lic. Sara Mercado, por darme el apoyo académico y profesional durante toda mi carrera, y darme confianza para seguir adelante.

Quiero también expresar todo mi agradecimiento a las autoridades y personal del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca, especialmente a la Señora Directora, Dra. Marta Susana Bertín, al Director Asociado, Dr. Fabián Giménez, a las Directoras Asociadas, Dra. Nadia Ripari y Lic. Yamil Partida, Jefe de la Sala de Maternidad, Dr. Sergio Mendoza, a la responsable del Comité Hospitalario para la Investigación en Seres Humanos, Lic. Marisa Zapata, al responsable de Sala de Docencia, Dr. Juan Ditondo, y secretaria, Sra. Silvana Martínez, a los miembros del Comité de Ética e Investigación, Dr. Germán Ramayo, Lic. Nora Astulis, Dra. Nadia Budasi y la Sra. Marcela Ramos, que autorizaron y me facilitaron la realización del presente estudio en el ámbito del Hospital. También mi

agradecimiento es hacia los médicos/as, enfermeras, y asesoras de lactancia, que en todo momento me apoyaron y acompañaron con tanta cordialidad, y a las enfermeras en particular, por ser testigos del consentimiento informado de las madres, para poder realizar las encuestas. Asimismo, agradezco a las madres que, con su recién nacido en brazos, amablemente dieron su consentimiento para participar de este estudio.

Agradezco a mi comunidad religiosa que en los inicios de esta carrera estuvo de acuerdo en darme el tiempo que le reste a los actos comunes en las horas de estudio y días de cursada.

Agradezco a mi querida madre, que me educara por el camino del bien y me animara a no rendirme ante cualquier dificultad.

Agradezco a toda mi familia que a la distancia me alentó a seguir y concluir la carrera.

Agradezco a mi gran amiga Patricia Galván, por ser el importante apoyo y ayuda en todo este tiempo y fue quien me motivó para seguir animándome ante cada dificultad y desafío a vencer.

Por último, deseo agradecer a todas las personas – y son muchas – que fueron parte de este gran sueño que he realizado.

Tabla de Contenidos

Resumen	13
Abstract	14
Introducción	15
Capítulo 1: Planteamiento del problema	17
1.1. Descripción de la realidad problemática	17
1.2. Justificación y relevancia	18
1.3. Contexto	21
1.4. Objetivos	23
1.4.1. Objetivo general	23
1.4.2. Objetivos específicos	23
Capítulo 2: Marco Teórico	25

2.1. Antecedentes de la investigación	25
2.2. Breve reseña histórica de la lactancia materna	39
2.3. Principales organismos internacionales, nacionales y provinciales vinculados a la protección de la lactancia materna	40
2.4. La lactancia materna exclusiva en el hospital público donde se desarrolla la presente tesis	45
2.5. Lactancia materna exclusiva: definición, características e importancia	45
2.6. Tipos de leche materna	47
2.7 Beneficios de la lactancia materna exclusiva:	49
2.7.1. Beneficios para el niño	49
2.7.2. Beneficios para la madre	49
2.7.3. Beneficios para la sociedad	49
2.7.4. Beneficios para el ambiente	49

2.8. Pasos, prácticas, técnicas y teorías para el fomento de la lactancia materna exclusiva	49
2.8.1. Los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa	50
2.8.2. Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño	52
2.8.3. Contacto Piel a Piel (CoPaP)	53
2.8.4. Teoría del apego	54
2.8.5. Posiciones o posturas para la lactancia materna	54
2.8.6. Controles prenatales y postnatales	56
2.9. Factores que favorecen la práctica de la lactancia materna exclusiva	57
2.9.1. Marco normativo	57
2.9.2. Educación	57
2.9.3. Técnicas de la lactancia materna exclusiva	58

2.9.4. Salud de la madre y el niño	58
2.10. Factores que influyen negativamente en la práctica de la lactancia materna exclusiva	58
2.10.1. Cuestiones relacionadas al equipo de salud	59
2.10.2. Cuestiones relacionadas a la madre	59
2.10.3. Cuestiones relacionadas al recién nacido	61
2.11. Rol del enfermero/a respecto a la lactancia materna exclusiva	62
2.12. Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson	66
2.13. Operacionalización de las variables	68
2.14. Hipótesis	70
Capítulo 3: Metodología	71
3.1. Tipo de estudio y método	71

3.2. Bioética	71
3.3. Campo de estudio y población estudiada	72
3.3.1. Criterios de inclusión	72
3.3.2. Criterios de exclusión	72
3.4. Técnica y procedimientos para la recolección de datos	73
3.5. Procesamiento y análisis de la información	74
Capítulo 4: Resultados y Discusión	75
Recomendaciones	87
Capítulo 5. Bibliografía	89
Páginas web consultadas	99
Anexo 1	100
Anexo 2	101

Anexo 3	102
Anexo 4	103
Anexo 5	104
Anexo 6	105
Anexo 7	106
Anexo 8	108

RESUMEN

A lo largo de toda la existencia del ser humano, la leche materna es el primer alimento que recibe el recién nacido, existiendo a nivel mundial un compromiso global a favor de la lactancia. A través de organismos internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se promueven iniciativas, normas y lineamientos a fin de proteger y apoyar la lactancia materna. En vistas a su importancia, se lleva a cabo un estudio sobre los factores que influyen en el inicio de la lactancia materna exclusiva en el área de internación conjunta del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca, perteneciente a la Región Sanitaria I de la Provincia de Buenos Aires. Para ello se realizaron encuestas a 100 madres en el período comprendido entre el 13 de mayo y 17 de junio de 2019, arrojando como resultado que una combinación de factores socio-económicos adversos y un conocimiento de lactancia materna por parte de las madres, obtenido principalmente a través de experiencias previas de amamantamiento, el inicio de la lactancia materna durante el período de internación se dio favorablemente en un 77%.

ABSTRACT

Throughout the history of mankind, breast milk has been the first food for infants, and there is a global commitment to breastfeeding worldwide. International organizations, such as the World Health Organization (WHO) and the United Nations International Children's Funds (UNICEF), promote initiatives, regulations and guidelines to protect and support breastfeeding practices. Given the importance of breastfeeding, this thesis studies the factors which influence breastfeeding initiation at the *Hospital Regional Interzonal General de Agudos Dr. José Penna*, a hospital in Bahía Blanca within the jurisdiction of Health Region I in Buenos Aires. In order to conduct this study, 100 breastfeeding mothers were surveyed from 13th May until 17th June 2019. The outcomes of this study show that as a consequence of a combination of adverse social and economic factors and mothers' awareness relating to breastfeeding – given the fact most mothers had already practised breast feeding before – the initiation of breastfeeding during the mothers' hospital stay was successful in 77% of the mothers.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende abordar el tema de los factores que influyen en la implementación de la lactancia materna exclusiva en binomio madre-hijo atendidos en un hospital público en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, durante mayo-junio de 2019, en el área de internación conjunta.

El interés por el tema surgió ante el cambio de modelo de atención y cuidado que se brinda en el área de obstetricia y neonatología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, adhiriendo al Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia que fomenta la lactancia materna exclusiva, según lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En base a ello los profesionales de dichos sectores, en especial del servicio de Neonatología y Obstetricia, implementan tareas destinadas a cumplir con los Diez Pasos para la Lactancia Materna con el objetivo, además, de recibir la certificación Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Es por ello que consideré útil y necesario conocer cuáles son los factores que influyen en la implementación de la lactancia materna exclusiva por parte de las madres internadas con sus hijos/as en el hospital público, para de esta manera contribuir en la planificación de intervenciones destinadas a dicho objetivo, que realizan los profesionales implicados, abordando las particularidades de cada caso.

Con el objeto de obtener el título de grado correspondiente y en cumplimiento de las Normativas vigentes para la elaboración de la tesis de la carrera de

Licenciatura en Enfermería de la UNCo-CURZA, se realizó el presente trabajo que se desarrolló en seis capítulos. Así en el primer Capítulo se delimita el problema, se lo justifica y se define la relevancia del tema para la realización de la investigación pertinente. Además se incluyen los objetivos generales y específicos concebidos a partir de las preguntas de investigación, que el autor del documento realiza. En el capítulo segundo, se presentan los antecedentes referidos a la investigación, el marco teórico, el marco normativo, cuestiones relacionadas al equipo de salud, a la madre, al recién nacido, rol del enfermero/a respecto a la lactancia materna exclusiva, operacionalización de las variables, hipótesis. En el tercero, se aborda el diseño metodológico del estudio. En el cuarto capítulo se relevan los resultados y la discusión. Por último se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación. En el quinto capítulo, se expone la bibliografía utilizada y los anexos correspondientes.

Capítulo 1

Planteamiento del Problema

1.1 Descripción de la realidad problemática

Existen muchos factores que favorecen o dificultan la lactancia materna exclusiva. Algunos de ellos son generales como los factores sociales, culturales, de orden económico o políticas regionales de salud; otros más específicos, relacionados con la mujer, la organización de la familia, su realidad socioeconómica, su incorporación al trabajo fuera del hogar, la ausencia de redes sociales de apoyo. Por último, como factores que atañen al equipo de salud, se reconoce que algunas prácticas que se han establecido en los servicios en cuanto a la atención clínica del parto, del nacimiento y del recién nacido, interfieren directamente con la lactancia.

La función que desempeñan los profesionales del equipo de salud relacionada con la instauración de la lactancia materna exclusiva, es brindar educación, información, apoyo y seguimiento en esta tarea, que comienza en la etapa prenatal y continúa en la internación post parto o cesárea. De este modo, los profesionales realizan una evaluación de cada madre, bebé y familia y planifican intervenciones tanto generales como particulares, con el objetivo que el binomio madre-hijo logre vencer los obstáculos fisiológicos y culturales que puedan impedir la lactancia materna. Es una actividad realizada en equipo por profesionales de salud presentes tanto en atención primaria como secundaria.

El planteo de las siguientes preguntas orientó el presente trabajo: ¿Cuáles son los condicionantes y determinantes para la elección de la lactancia materna por

parte de las madres que concurren al servicio de internación conjunta del hospital público? Específicamente ¿cuáles son los factores que interfieren y/o favorecen este ejercicio entre madre-hijo y familia? Y, las intervenciones que reciben las madres por parte de los profesionales de salud, ¿son adecuadas y suficientes para tener éxito en la implementación de la lactancia materna exclusiva?

1.2. Justificación y relevancia

El análisis de los factores que influyen en la instauración de la lactancia materna exclusiva, en el servicio de Internación conjunta en un hospital público en Bahía Blanca, permitirá aportar herramientas teóricas y prácticas para la elaboración, aplicación y evaluación de programas de la lactancia materna y en la toma de decisiones sobre la temática. En efecto, los miembros del equipo de salud del área Materno Infantil de la mencionada institución, trabajan en el logro de los objetivos de la OMS para “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” (UNICEF 2013). Es decir, existe un programa que constituye un cambio de paradigma en la atención materno-infantil; el cual suma lo humanístico a lo tecnológico, redefiniendo a los padres como los verdaderos dueños de casa en donde se brinda asistencia y cuidados al niño, padres y familia. Este programa propone el involucramiento y empoderamiento por parte de la comunidad y la familia en la problemática de su salud, en este caso particular, la interferencia para el logro de una lactancia materna exclusiva.

Los miembros de equipo de salud de los servicios involucrados en la atención del binomio madre-hijo, buscan lograr la acreditación de “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, que otorga UNICEF y OMS, ya que actualmente el hospital tiene

acreditación de compromiso de transformación de Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Hasta hace algunos años atrás, la tarea del equipo de salud era de acompañamiento del binomio madre-hijo y control de la evolución del peso de la criatura, ya que las mujeres de la familia y su experiencia en el tema de lactancia materna exclusiva tenían mayor peso y mejores resultados que lo que podía aportar un profesional en esos momentos. Alda y otros (1996) afirman que en la historia de la humanidad, prácticamente todas las mujeres han dado el pecho a sus hijos de manera normal y natural. Se trataba entonces de familias numerosas, de tres o más generaciones, a través de las cuales se transmitía el saber relacionado a la lactancia materna. A partir de estas tradiciones, las mujeres eran expertas lactantes, y a su vez, se encontraban rodeadas de otras mujeres con experiencia, tales como las comadronas, que les enseñaban y las apoyaban, logrando dentro de los entornos familiares que la lactancia fuera, en general, exitosa.

Sin embargo, en la actualidad, el formato de la familia ha ido cambiando a causa de múltiples factores, tales como la institucionalización del divorcio y otros tipos de conformación familiar, exigencias económicas, emigración a las grandes ciudades, entre otros, dando paso a una familia bi-generacional integrada por padres e hijos. La mujer, dentro de este contexto, está más ausente del hogar por cuestiones laborales y profesionales, hecho que ha llevado al deterioro de la calidad de relación con sus hijos, incluyendo la nutrición a través de la lactancia materna.

En consecuencia, desde las políticas de salud, en vistas a la configuración actual de las familias modernas, se debe promover a fomentar e incentivar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, lo cual constituye un derecho del recién nacido y sus madres, y que tiene numerosos beneficios para el niño, las progenitoras y las familias, así como también los estados en los que residen (UNICEF 2011), como se desarrollará más adelante.

El amamantar garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales de los bebés. Protege de infecciones y enfermedades en una etapa de sus vidas en las que se encuentran particularmente vulnerables, a la vez que crea un vínculo que les confiere a niños, niñas y sus madres, salud física y emocional, además de protección, seguridad y afecto, todas ellas condiciones indispensables para un pleno desarrollo infantil.

Esta tesis, por lo tanto, y en vistas al rol primordial de la lactancia materna exclusiva, pretende brindar información para el ajuste y fortalecimiento de las diferentes estrategias y políticas que la protegen y promueven desde su inicio, en tanto aportará elementos para una evaluación objetiva de lo realizado hasta ahora y sobre las brechas aún pendientes de cerrar.



Figura 1. En el recuadro interior se resalta el área de estudio. Elaboración propia.

1.3. Contexto

Se llevó a cabo la presente investigación en un hospital público, Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, de la ciudad de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, fundado en 1930. Luego de atravesar diversas modificaciones edilicias, llega a la estructura vigente, inaugurada oficialmente en 1984. Se clasifica como un hospital de alta complejidad¹ con una capacidad ocupacional de 360 camas, admitiendo pacientes derivados de una amplia región del sur de la provincia de Buenos Aires, Río Negro y La Pampa.

La institución brinda sus servicios en la denominada Región Sanitaria I, la cual está ubicada en el sur de la provincia de Buenos Aires, abarcando el 25% de su superficie y con una extensión de 300 km de este a oeste y de 500 km de norte a sur. Es la región con mayor extensión territorial de la provincia, y está compuesta por 15 partidos, a saber, Adolfo Alsina, Adolfo González Chaves, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Rosales, Coronel Pringles, Coronel Suarez, Guaminí,

¹ La complejidad está dada por las zonas que abarca, Interzonal, Subzonal y Zonal, y por los servicios que presta.

Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos y Villarino.
(Anexo 2)

La población total de la Región Sanitaria I es de 655.792 habitantes, que corresponde al 4,3% de la población de la provincia de Buenos Aires, según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.

Esta institución es dependiente del Ministerio de Salud de la provincia Buenos Aires, con sede en la ciudad de La Plata. Este Ministerio, en concordancia con la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, impulsa programas destinados a brindar asistencia sobre la salud infantil, salud perinatal y nutrición materna infantil.

Es la única maternidad pública en la ciudad de Bahía Blanca, y en ella se asiste el 50% de los nacimientos ocurridos en la ciudad, mientras que el 50% restante lo absorbe el sector privado. Se atienden aproximadamente 2.000 partos anuales, para lo cual cuenta con 44 camas en el área de maternidad y 12 camas en parto. Cuenta con servicio de neonatología con una capacidad de 40 unidades, siendo el único de alta complejidad público en la región, y una residencia madre-hijo de ocho unidades.

En el Servicio Maternidad funciona un consultorio para seguimiento y evaluación del recién nacido sano. Los profesionales que trabajan en dicho consultorio son dos médicos neonatólogos, dos enfermeras (una en turno mañana y una en turno tarde), y una administrativa. Su función es evaluar el binomio madre-hijo durante los días de internación, brindando información sobre puericultura,

control de vacunación, controles de laboratorio de rutina en recién nacidos, y proporcionando las indicaciones de cuidados previos al alta de la institución y la programación de controles durante el primer mes de vida.

Los recién nacidos son derivados para su control en consultorios de neonatología y pediatría en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del barrio donde viven sus padres y aquellos que requieran un seguimiento más específico son citados al consultorio en el hospital y posteriormente, si la evolución es satisfactoria, continúan en el CAPS.

Se suma a la tarea de fomento y apoyo a la lactancia materna, un grupo de voluntarias llamado AmaMAR. El mismo está integrado por voluntarias de la comunidad que reciben capacitación específica en el tema por profesionales del servicio de Neonatología. Están presentes en el servicio de lunes a viernes durante la mañana y parte de la tarde. Visitan y acompañan también a las madres que tienen a sus bebés internados y a aquellas que por complicaciones del parto o cesárea están internadas alejadas de sus bebés.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores que influyen en la elección de la lactancia materna exclusiva en las madres que se encuentran alojadas en el servicio de Internación Conjunta en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires

1.4.2. Objetivos específicos

La presente tesis también se propone los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar el nivel demográfico, socio-familiar y económico de las mujeres que se encuentran alojadas en el Servicio de Internación Conjunta en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna.
- Conocer si la madre, durante los controles prenatales, recibió asesoramiento sobre la lactancia materna exclusiva.
- Identificar cuestiones referidas al parto e instauración de la lactancia materna exclusiva durante la internación.
- Conocerlas características post internación.
- Identificar los conocimientos que tienen las madres sobre la lactancia materna exclusiva.
- Identificar las creencias acerca de la lactancia materna exclusiva.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

Existen muchos antecedentes en el área de investigación sobre los factores que influyen sobre la implementación de la lactancia materna exclusiva, abordados desde diferentes enfoques, ubicando la atención tanto en el binomio madre-hijo como desde las intervenciones que realiza el equipo de salud en controles pre natales y posteriores al nacimiento.

De la búsqueda bibliográfica realizada y seleccionada se puede acceder a trabajos internacionales, latinoamericanos, y a nivel nacional, por lo que se puede obtener una visión general de la situación de la lactancia materna exclusiva.

A nivel mundial, existe un compromiso global a favor de la lactancia. A través de organismos internacionales, tales como OMS y UNICEF, se promueven iniciativas, normas y lineamientos a fin de proteger y apoyar la lactancia materna a escala global. El informe de OMS titulado “Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna” del año 2017, propone como una de sus principales metas para el año 2025, que se logre *“incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses”*. También destaca que los principales factores que contribuyen a las bajas tasas de lactancia materna exclusiva en todo el mundo son las creencias en favor de la alimentación mixta, prácticas hospitalarias inadecuadas, ausencia de personas de apoyo debidamente capacitadas, publicidad y promoción agresiva de leches en

polvo, preparados y otros sucedáneos de la leche materna, políticas laborales que no favorecen la lactancia materna, y falta de conocimiento sobre los peligros relacionados a una alimentación distinta a la leche materna. Para el logro de la meta propuesta, recomienda las siguientes medidas: capacitar al personal de hospitales y centros sanitarios; promover la iniciativa de hospitales amigos del niño; apoyo por parte de las comunidades; limitar la promoción agresiva de sucedáneos de la leche materna; capacitar a las madres en lactancia materna exclusiva; promover ambientes laborales y espacios públicos que respeten la lactancia materna.

Mundialmente, en las últimas tres a cuatro décadas, se han realizado varias acciones de apoyo a la lactancia. En 1981, OMS elabora el “Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna”, el cual reconoce el derecho de todo niño y mujer embarazada a la práctica de la lactancia materna exclusiva, como *“medio inigualado de proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes”*. El Código persigue el objetivo de *“contribuir a proporcionar a los lactantes a una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios”*. A través de este Código, OMS insta a los gobiernos a emprender, a través de sus estructuras sociales y legislativas, las acciones y prácticas necesarias para lograr cumplir el objetivo planteado. En el año 1990, OMS y UNICEF adoptaron la “Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia”, la cual establece como meta global la práctica de la lactancia materna exclusiva de todos los niños hasta los 4-6 meses de edad, con alimentación complementaria hasta los dos años de edad, instando a los países a reforzar y defender una *“cultura de la lactancia*

materna". En 1989, la OMS y UNICEF habían declarado "Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural", a fin de que sean practicados por los hospitales para lograr una acreditación como "Hospitales Amigos de la Mamá y el Niño", destacando las prácticas hospitalarias y la capacitación del personal de salud para asegurar el éxito de la lactancia. Estas iniciativas se proponen como un instrumento único de evaluación de la lactancia materna en el mundo.

Al respecto, la Dra Mónica Waisman del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires, en su artículo "La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño como una Estrategia de Humanización: Aprender de la Experiencia" (Waisman, M., 2000), señala que ambas iniciativas de OMS y UNICEF promueven la "*cultura del amamantamiento*" contra la "*cultura del biberón*" y a su vez estimulan al personal de salud a ser promotores competentes de la lactancia materna. Hace hincapié en la necesidad de informar y asesorar a las madres sobre la lactancia materna a partir de los controles prenatales. Estas medidas impartidas desde OMS y UNICEF, una vez aplicadas, podrán ir corrigiendo los obstáculos que a veces encuentra la práctica de la lactancia, por ejemplo, falta de modelos positivos sobre la lactancia, desconocimiento de las madres, falta de apoyo a las madres, falsas creencias sobre la lactancia.

El informe de UNICEF, titulado "A Partir de la Primera Hora de Vida" publicado en el año 2016, revela que en el mundo, menos de la mitad de todos los recién nacidos recibe la lactancia materna dentro de la primera hora posterior al parto. Si bien el personal de la salud que atiende a la madre al momento del parto es de gran ayuda para el amamantamiento en su etapa inicial, en varios países de

Oriente Medio y en África del Norte, cientos de niños/as nacen sin el apoyo médico profesional o calificado, por lo que disminuye en consecuencia la práctica de la lactancia materna exclusiva. En América Latina y el Caribe, en Asia Oriental, y Europa Central y del Este, algunos países tienen una legislación precaria en temas de protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.

En el año 2013 particularmente, la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action o Alianza Mundial Pro Lactancia Materna) resaltó la importancia de las posiciones o posturas correctas para la lactancia, haciendo mención del entrenamiento y apoyo que brindan los profesionales bien preparados en el tema, para que las madres apliquen dichas prácticas y a su vez, puedan transmitir sus experiencias. Los estudios de Savage (1996) y de Amador García, Martínez González, y Hermelo Treche (2006), sostienen que las posiciones para amamantar son importantes, especialmente en los primeros días. A partir de ese momento, el binomio madre-hijo se acomoda mutuamente, y se logra la postura óptima para amamantar como ambos deseen. Cuando madre y niño se sienten cómodos y logran la posición correcta y el agarre adecuado, evitan problemas asociados a la lactancia, por ejemplo, grietas en los pezones.

En sintonía con los lineamientos recomendados por OMS y UNICEF para proteger la lactancia materna exclusiva, el “Convenio sobre la Protección de la Maternidad N° 183” (2000) elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), promueve la igualdad de todas las mujeres trabajadoras en su derecho a la licencia de maternidad y la práctica de la lactancia materna (www.ilo.org).

A nivel internacional, en lo que respecta a Europa, en España, el Instituto Nacional de Estadística ha relevado, para el período 2011-2012 que un 66,19% de los recién nacidos recibió lactancia materna exclusiva hasta las seis semanas de vida, un 53,55% hasta los tres meses, y un 28,44% hasta los seis meses. Para este país, entre los factores que tienden hacia el abandono de la lactancia materna exclusiva, Sacristán Martínez *et al.* (2011), mencionan la falta de apoyo del entorno a la madre luego del alta del hospital, la creencia de no tener suficiente leche, y que el niño se queda con hambre. A partir de los cuatro meses, el principal motivo es la reincorporación de la madre al ambiente laboral. Por su parte, en Lactancia Materna, Guía para Profesionales de la Asociación Española de Pediatría (2003) se menciona además el bajo nivel de escolaridad de las madres, y que las madres sean estudiantes, primigestas y/o fumadoras.

En Noruega, los estudios de Häggkvist *et al.* (2010), revelan que prácticamente todos los recién nacidos en Noruega (el 98%) reciben lactancia materna exclusiva, y un 82% continúa hasta los seis meses de vida, contando este país con una de las tasas más altas de éxito de lactancia materna exclusiva. Entre los principales factores asociados al éxito de la lactancia materna exclusiva se destaca la educación maternal recibida. Los centros de salud noruegos cuentan con personal entrenado especialmente en lactancia materna y casi todos los hospitales (un 90%) poseen la certificación Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Noruega, de esta manera, se presenta como un modelo exitoso en cuanto a lactancia materna exclusiva se refiere.

Para América Latina, Espinoza Cadima, Zamorano Jiménez, Graham Pontones, Orozco Gutiérrez, (2014), publicaron un estudio realizado en una unidad neonatal de México en el año 2008, y dan a conocer que un 50% de las madres recibió asesoramiento en lactancia materna a lo largo de las consultas prenatales o cursos previos al parto; aproximadamente un 40% recibió orientación durante la internación, y un 5% no recibió ninguna orientación. Al momento del alta del hospital, un 37% de las madres había practicado lactancia materna exclusiva, el 55% había proporcionado alimentación mixta y un 8%, con leche de fórmula. Sólo el 14% de los binomios madre-hijo continuaron la práctica de lactancia materna exclusiva luego del tercer mes. Entre los factores que afectaron la lactancia materna en los tres primeros meses se mencionan: la vía de nacimiento, el peso al nacer, la orientación prenatal recibida, algún impedimento estético mamario, alteración en los pezones correspondiendo a grietas o abscesos, motivos laborales, y creencias relacionadas a la disminución en la producción de leche. A partir de los tres meses, las principales causas están relacionadas al regreso al trabajo, grietas en los pezones, mastitis y alergia a la proteína de la leche.

El estudio de Vega y González (1993), señala un número de factores asociados al abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en el área estudiada (Guadalajara, México), y entre los principales se encuentran: que la madre sea adolescente, soltera, que tenga que regresar al trabajo, regalos de la industria y ciertas prácticas hospitalarias inadecuadas, como el uso de los biberones.

En el caso de Cuba, Gorrita Pérez *et al.* (2014), enfatizan la importancia de la calidad y cantidad de conocimientos que tienen las madres sobre lactancia

materna para lograr una buena técnica de amamantamiento y sostener la lactancia exclusiva. La investigación revela que menos de la quinta parte de las futuras madres posee información suficiente sobre lactancia materna. En líneas generales, la mayoría de las madres desconoce las ventajas y los beneficios de la lactancia materna.

Las investigaciones relacionadas a educación prenatal llevadas a cabo en Costa Rica por Araya Cubero y Brenes Campos (2012), arrojan luz sobre la importancia de las clases y encuentros prenatales, liderados por profesionales de salud, quienes impartiendo información y consejos prácticos, pueden aumentar la práctica, incidencia y duración de la lactancia materna exclusiva. La lactancia materna, por lo tanto, aumenta en las mujeres que recibieron educación sanitaria y apoyo por parte del personal sanitario, así lo refieren García *et al.* (2005) y Hernández *et al.* (2004). Las investigadoras destacan además, que es durante el transcurso del embarazo que un alto porcentaje de madres toma la decisión respecto a la alimentación que dará al recién nacido. No obstante, también sostienen la importancia de la educación postnatal, indicando que es conveniente entonces que las madres reciban educación durante el embarazo y en el período postparto.

En Colombia, las investigaciones de Piñeros y Camacho (2004), indican que casi un 70% de las madres encuestadas para la investigación reconoce las ventajas de la lactancia materna exclusiva; sin embargo, la práctica de la lactancia materna exclusiva no refleja dicho reconocimiento. Entre los motivos de suspensión de la lactancia materna exclusiva se consideran, principalmente: el regreso de la madre al

trabajo, falta de apoyo real y práctico en el hogar (por ejemplo, ayuda con los quehaceres domésticos), la creencia que la leche posee poco valor nutricional o que no producen suficiente leche. La investigación también demuestra que los centros de salud se enfocan más bien en hacer conocer los beneficios de la lactancia, pero no informan suficientemente sobre las técnicas de amamantamiento, lo que repercute en dificultades de la madre para sostener el acto de amamantar.

Para el mismo país, por su parte, el informe de Borre Ortiz, Cortina Navarro y González Ruiz (2014), señala que el Ministerio de Salud y Protección Social dio a conocer que para el año 2010, la lactancia materna exclusiva tuvo un promedio de 1.8 meses, en comparación con las recomendaciones de OMS, de seis meses. Entre los factores que influyen negativamente hacia la lactancia materna exclusiva mencionan innumerables mitos, creencias y tabúes respecto al acto de amamantar, falta de conocimiento sobre las técnicas adecuadas de amamantamiento, y el hecho de que muchas madres sean adolescentes.

En Perú, Baila Risco y Quevedo Siesquén (2016), en su Tesis “Relación entre conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres del programa de crecimiento y desarrollo”, Hospital Referencial Ferreñafe, desarrollan una investigación con el objetivo de valorar la relación entre conocimientos que tienen las madres sobre lactancia materna y la práctica de la misma. Las fuentes de este conocimiento pueden ser informales y formales, dependiendo de factores tanto sociales, como económicos, culturales y emocionales que pueden influenciar positiva o negativamente en la buena práctica de la lactancia materna exclusiva como lo indica OMS. Las autoras concluyen que el conocimiento tiene relación

directa con buena práctica de la lactancia materna y destacan la importancia de las intervenciones que realizan los profesionales de salud tanto en brindar información y educación como en colaborar en el proceso de implementación de la lactancia.

El vecino país de Chile, a través del informe estadístico del Ministerio de Salud del año 2013, “Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria (ENALMA)”, registra que la lactancia materna exclusiva se sostiene mayormente en niños cuyo peso al nacer supera los 2,5 kg, y entre las madres que tuvieron a sus hijos de parto vaginal. Entre las dificultades para el sostenimiento de la práctica de la lactancia materna exclusiva a lo largo de los seis primeros meses, se enumeran: que el niño se queda con hambre, problemas de pezón, técnicas inadecuadas de amamantamiento, y leche insuficiente. Entre otros motivos, también se nombran: el regreso al trabajo, y a los estudios, en el caso de las madres adolescentes. Respecto al niño, se mencionan como dificultades los cólicos, el nacimiento prematuro, y la necesidad de ventilación artificial.

En su informe “Apego y Lactancia Natural”, Pinto (2007) destaca la importancia del apego y la lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Considera que se trata de los “*responsables fundamentales en la futura salud física, emocional e intelectual de los recién nacidos y sus madres*”. Destaca principalmente el rol del equipo profesional que asiste al binomio madre-hijo, el cual debe estar suficiente y debidamente capacitado para fortalecer el apego y la lactancia materna exclusiva.

Con respecto al apego, el artículo de Molero Mañes, Sospedra Aguado, Sabater Barrocal y Plá Molero (2011), relata brevemente la historia de la Teoría del Apego, indicando que Sigmund Freud fue el primero en detectar la importancia de las experiencias de la temprana infancia en el futuro desarrollo emocional de las personas adultas, y que estas experiencias están influenciadas por los lazos de afecto y sensación de bienestar proporcionadas a través del alimento y de los cuidados maternos. En la década de 1950, el Dr Harlow comprueba que la sensación de bienestar y seguridad no procede tanto del alimento como del contacto corporal entre el niño y su madre. A raíz de esta investigación, OMS encarga a un prestigioso psicoanalista inglés, el Dr John Bowlby, el estudio exhaustivo del lazo afectivo y contacto niño-madre. Así surge la Teoría del Apego, que resalta la importancia del contacto corporal temprano del recién nacido con su madre, y en general, del niño con seres de su entorno familiar inmediato o cuidadores.

La Teoría del Apego es definida por Delgado (2004), en su estudio “Estado Actual de la Teoría del Apego”, como “*uno de los hitos fundamentales de la psicología contemporánea*”. El apego permite al niño aprender a tocar y ser tocado, mirar y ser mirado, y así aprende a comunicarse de manera íntima y lúdica, lo que repercutirá más adelante en su vida adulta y en su forma de relacionarse sexual y amorosamente. Una persona que en su infancia tuvo apego seguro con sus padres, cuidadores u otras personas significativas, tendrá una actitud de confianza en las personas con quienes establezca relaciones en su vida posterior. López (1990), en su publicación “El Apego a lo largo del ciclo vital”, menciona del mismo modo que los bebés son capaces de establecer vínculos de apego con personas de su entorno

que sean sensibles, cariñosas y afectuosas, generando un sentimiento de bienestar y seguridad.

En nuestro país, el informe titulado “Situación de la Lactancia Materna en la Argentina”, elaborado por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2015, indica que del conjunto de niños menores a seis meses, al momento de realizar el estudio, un 53%, es decir, apenas más de la mitad, se encontraban recibiendo lactancia materna exclusiva. Los niños puestos a pecho dentro de la hora del nacimiento fueron aquellos nacidos por parto vaginal y niños cuyo peso era superior a 2.5 kg. El informe hace referencia a los siguientes factores tendientes a promover la lactancia materna: la capacitación del equipo de salud, el fortalecimiento y expansión de la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, la adhesión de todas las jurisdicciones a la Ley Nacional de Lactancia Materna N^o. 26.873, y el apoyo a la lactancia en los lugares de trabajo.

La lactancia materna exclusiva brinda una serie de beneficios al niño, la madre, la sociedad y el ambiente. El informe “Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia”(León-Cava, 2002), es una recopilación bibliográfica que resalta los beneficios de la lactancia materna sobre aspectos cuantificables, a saber: reducción de la morbilidad infantil por diarrea, infecciones respiratorias agudas, infecciones del oído y otras enfermedades infecciosas; reducción de la mortalidad infantil; mejor desarrollo infantil; disminución de riesgo de padecer enfermedades crónicas, tales como obesidad, diabetes y cáncer; y beneficios económicos.

En esta misma línea, Brahm y Valdés (2017), coinciden en destacar los beneficios de la lactancia materna en la disminución del riesgo de enfermedades infectocontagiosas, infecciones gastrointestinales y respiratorias, y diarreas; de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Agregan además, el beneficio de la lactancia materna al neuro-desarrollo infantil, recabando información sobre estudios del desarrollo cognitivo en niños amamantados a comparación de niños alimentados con fórmula.

Blázquez García (2000), en su artículo “Ventajas de la lactancia materna”, destaca los siguientes beneficios de la misma: nutrición óptima, inmunidad, menor riesgo de contraer enfermedades (diarrea, infecciones, enfermedades respiratorias, autoinmunes, gastrointestinales); menor riesgo de mortalidad infantil; favorece el desarrollo mental e intelectual. Para el hospital, la lactancia materna también aporta sus beneficios, creando un clima de calma y calidez emocional. La lactancia materna favorece el vínculo madre-niño, fomentando el desarrollo del amor mutuo. Para la madre, la lactancia materna contribuye a la pérdida de peso, acelera la recuperación del útero y reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario. Para la familia, la lactancia materna supone un ahorro dado que no hay costo, a comparación de la compra de alimentos complementarios o sustitutos de la leche materna.

Finalmente, el artículo de Soto Conti (2014) resalta la importancia del Contacto Piel a Piel (CoPaP) entre el recién nacido y la madre durante la primera hora luego del nacimiento. Para asegurar el CoPaP, la autora señala que debe

realizarse inmediatamente después del nacimiento, sea por parto vaginal o cesárea. La primera hora fuera del útero es especial en cuanto el niño conoce a su madre y padre y comienza a constituir una familia, y los hospitales y equipos de salud deben facilitar y favorecer dicha situación. El CoPaP facilita al recién nacido el inicio de la lactancia y ofrece múltiples beneficios, entre ellos: estabilidad fisiológica de la madre y del recién nacido; mayor estabilidad respiratoria, térmica, niveles de glucosa y menos llanto del recién nacido. El CoPaP, a largo plazo, previene situaciones de violencia, abandono o maltrato y promueve en el niño, un sentimiento de seguridad.

La mayoría de los trabajos publicados sobre el tema informan que el logro de la lactancia materna exclusiva está todavía muy por debajo de los lineamientos y recomendaciones que plantea la OMS, a pesar de sus múltiples ventajas y beneficios. Son varios los factores que afectan el éxito de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, que se pueden clasificar y resumir, en vistas a la bibliografía seleccionada y revisada, en

- * Cuestiones normativas y legislativas: algunos países todavía tienen legislaciones precarias respecto a la protección de la lactancia materna exclusiva;

- * Cuestiones relacionadas al centro de salud: falta de capacitación especializada del equipo de salud, prácticas hospitalarias inadecuadas (uso de biberones, por ejemplo), enseñanza insuficiente de las técnicas para amamantar;

- * Cuestiones relacionadas al entorno de la madre luego del alta hospitalaria: falta de apoyo de su entorno, regreso al trabajo, regreso al estudio (caso de madres adolescentes); promoción agresiva de productos lácteos alternativos;

- * Cuestiones culturales: mitos, creencias y tabúes;

* Cuestiones relacionadas a la madre: nivel de educación, conocimientos previos, edad de la madre (adolescentes), desconocimiento de técnicas de amamantamiento, estado civil (madres solteras), problemas en los pezones (cuestiones estéticas, grietas, abscesos), mastitis, madres fumadoras.

* Cuestiones relacionadas al niño: vía de nacimiento, estado prematuro al nacimiento, peso al nacer, cólicos, necesidad de ventilación artificial, alergias.

Entre los factores que favorecen la lactancia materna exclusiva se mencionan:

* Marco normativo: lineamientos, normas, leyes y medidas que protegen la lactancia materna exclusiva

* Educación: los conocimientos de la madre;

* Educación: conocimientos impartidos por el personal de salud;

* Controles prenatales y postnatales: espacios en los que las madres son asesoradas en lactancia materna;

* Técnicas: CoPaP, posiciones o posturas adecuadas para la práctica de la lactancia; técnicas de amamantamiento, desarrollo del apego.

En base a estos antecedentes en la temática a abordar se pretende, no sólo conocer o determinar la existencia de factores que influyen en la instauración de la lactancia materna, sino además, planificar intervenciones para apoyar a la madre en esta práctica dentro mi área de competencia, es decir, enfermería, al menos durante las primeras semanas de vida del niño, donde pueden manifestarse problemáticas agudas, que, de no resolverse llevarían al potencial abandono de la lactancia.

2.2. Breve reseña histórica de la lactancia materna

La historia de la lactancia materna ha acompañado desde siempre a la historia misma de la humanidad, y a través de los siglos y hasta la actualidad, la lactancia materna ha sido la mejor opción para cualquier lactante, considerando sus aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hernández Gamboa (2008-2009:6) refiere que la lactancia materna, además de considerarse alimentación, es también un forma de unión dentro de la raza humana, que nos vuelve más humanos, más "mamíferos", por lo que se torna esencial desde el aspecto nutricional y también integral.

A lo largo de toda la existencia del ser humano, la leche materna es el primer alimento que recibe el recién nacido. En la antigüedad, tanto las madres como las nodrizas, practicaban la lactancia materna hasta por lo menos dos años, para asegurar la supervivencia del niño. En lugares tales como Babilonia, India y Egipto, se han encontrado referencias de prácticas de lactancia hasta que el niño cumplía los tres años (Hernández Gamboa, 2009:2). En Roma se promulgaron las primeras leyes de protección al recién nacido, favoreciendo la práctica de la lactancia para procurar una buena alimentación y buena salud del niño. De manera similar, en Grecia y China, también se protege la lactancia materna hasta los dos o tres años de vida del niño (Aguilar, 2005). Es así que, desde distintas culturas, se resalta el rol primordial que éstas han dado a la lactancia materna.

En los inicios de la Era Cristiana, se fomenta aún más la primera alimentación con leche materna, que aporta supervivencia y nutrición a los niños, quienes son templos de Dios y portadores de un alma inmortal. La medicina por su

lado, comienza a estudiar las enfermedades que se pueden contagiar a través de la lactancia y en cierto modo, decae el empleo de nodrizas para la práctica del amamantamiento, principalmente durante el Renacimiento. Paralelamente, ya se observa el tan especial vínculo que une a la madre y al niño en el acto de amamantar, y por tal motivo, continúa en decaimiento el empleo de las nodrizas.

A raíz de la Segunda Guerra Mundial, se inicia la distribución de suplementos de lactancia y leche en polvo, y años más tarde, en la década de 1980, con la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) desaparece el empleo de la nodriza, a la vez que se constata desde la ciencia médica que se pueden transferir enfermedades al recién nacido en el acto de amamantar.

En nuestro siglo y a escala mundial, se considera a la lactancia materna como el alimento más completo, sano y nutritivo para los recién nacidos, y por lo tanto, organismos internacionales y estados aúnan esfuerzos por políticas, normas y prácticas que faciliten, incentiven y fomenten la lactancia materna.

2.3. Principales organismos internacionales, nacionales y provinciales vinculados a la protección de la lactancia materna

A nivel internacional, OMS, con la colaboración de UNICEF, y con un amplio respaldo científico, promueve, incentiva, y apoya la lactancia materna exclusiva desde el instante del nacimiento y hasta los seis meses de edad. Asimismo, la Liga Internacional de la Leche o La Leche League International (LLLI), fundada en el año 1956 en Estados Unidos, actúa como miembro consultor de OMS y de UNICEF, aportando el conocimiento profesional de pediatras, obstetras, nutricionistas,

psicólogos y especialistas en derechos del niño a la lactancia materna. Esta liga internacional es, en su tipo, la más antigua y está dispersa por unos 70 países, y es además una de las entidades fundadoras de la Alianza Mundial Pro Lactancia Materna o World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). La WABA es una organización no gubernamental que conforma una red mundial de personas y organismos que trabajan en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, y posee carácter consultivo con UNICEF.

Dentro del ámbito internacional, también cabe mencionar que desde las últimas tres a cuatro décadas, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, de los años 1981 y 1990 respectivamente, convocan la atención de los países de todo el mundo y la opinión pública en general sobre los beneficios de la lactancia materna. Dicho Código contribuye a brindar a los lactantes una nutrición segura y suficiente mediante la protección y promoción de la lactancia materna, asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, lo cual se hará posible a través de información adecuada y métodos apropiados para su comercialización y distribución (OMS, 1981). La Declaración, firmada por OMS, UNICEF, gobiernos y otras organizaciones, detalla los “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”, y establece como meta global permitir a todas las mujeres practicar la lactancia materna exclusiva para que todos los niños, hasta los seis meses de edad, sean alimentados con leche materna exclusivamente.

Conmemorando la Declaración de Innocenti, todos los años a partir de 1992 y a nivel mundial se celebra la Semana Mundial de la Lactancia Materna del 1 al 7 de agosto, con el objeto de fomentar la lactancia materna y así mejorar la salud de todos los niños del mundo. En ese año, la Conferencia Internacional de Nutrición ratificó la importancia de la lactancia materna como una política de estado, que tienda a eliminar la desnutrición infantil y el hambre.

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a través del Convenio sobre la Protección de la Maternidad N^o 183, adoptado en Ginebra en el año 2000 luego de la revisión del Convenio del año 1952, promueve la igualdad de todas las mujeres trabajadoras en su derecho a la licencia de maternidad y la práctica de la lactancia materna (www.ilo.org)-

Dentro del ámbito de las Américas, desde el año 1902, funciona la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el primer organismo de salud pública internacional en el mundo. OPS es la organización especializada de OMS en cuestiones de salud pública, incluida la lactancia materna, de los países americanos puntualmente (www.paho.org).

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación cuenta con una Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia que se dedica al fomento, apoyo e incentivo para una lactancia materna exitosa, en concordancia con las recomendaciones de OMS a escala mundial. El sitio web del mencionado Ministerio, www.msal.gob.ar, aporta información, datos y beneficios de la lactancia materna, con una serie de textos explicativos breves y concisos, con preguntas

frecuentes, y con informes que presentan estudios, relevamientos y estadísticas. El sitio además provee una línea gratuita de atención a las madres con dificultades, dudas o problemas: 0800-222-1002, opción 7.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se implementan una serie de estrategias para promover y apoyar la lactancia materna. Entre ellas, cabe nombrar la promoción de Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, y del Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, en base a los lineamientos mundiales de OMS y UNICEF. Ambas iniciativas contemplan la capacitación del personal de salud, campañas de promoción y difusión de la lactancia materna, y la atención telefónica gratuita respecto a temas de lactancia. Estas políticas se encuadran dentro de la Ley Nacional 26.873 sobre Promoción y Concientización Pública de la Lactancia Materna, promulgada en el año 2013.

En este sentido, la Ley Nacional de Contrato de Trabajo establece, en su artículo 179 que *"toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por lapso más prolongado"* (Ley Nacional N° 20.744 del año 1976).

Por su parte, dentro del ámbito de nuestro país, la Sociedad Argentina de Pediatría, adhiere a las recomendaciones de OMS respecto a la lactancia materna, y la Liga de la Leche Argentina (LLLA), organización sin fines de lucro creada en el año 1978, trabaja en forma *ad honorem* con voluntarias que persiguen el objetivo de

promover y proteger la lactancia materna (www.ligadelaleche.org.ar). La LLLA, con su amplio conocimiento y trayectoria en lactancia materna en nuestro país, forma parte de la Comisión Asesora en Lactancia Materna del Ministerio de Salud de la Nación.

Con respecto a la provincia de Buenos Aires, donde se encuentra ubicada la Región Sanitaria I y el hospital público donde se desarrolla la presente tesis, el Ministerio de Salud de la Provincia, en su página web, www.ms.gba.gov.ar, detalla el Programa Materno Infantil y dentro de la sección Perinatología y Lactancia Materna, plantea los objetivos y acciones para fortalecer la lactancia materna, destacando la importancia del protagonismo del binomio madre-hijo junto al equipo de salud. En forma articulada, también actúan en beneficio de la lactancia materna, la Dirección Provincial de Hospitales, el Plan Nacer y el Programa Materno Infantil, entre otras instituciones. A través de la Resolución Ministerial 1946 del año 1996 se formulan políticas públicas tendientes a favorecer la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Por su lado, la Resolución Ministerial 4477 del año 1997, regula la implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Se aprecia, de esta manera, que a escala mundial, panamericana, nacional y provincial, a través de organismos internacionales, de estados nacionales y provinciales, instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, se promueven y fomentan políticas de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

2.4. La lactancia materna exclusiva en el hospital público donde se desarrolla la presente tesis

En lo que concierne al hospital público sito en ciudad de Bahía Blanca, en la Zona Sanitaria I de la provincia de Buenos Aires, en línea con las recomendaciones de OMS, UNICEF, y los Ministerios de Salud de Nación y Provincia, el mismo ya posee acreditación de compromiso de transformación de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, mientras que el personal médico y enfermeros del área de Neonatología e Internación Conjunta realizan la capacitación en pos de la promoción y apoyo de la lactancia materna.

Asimismo, el sector de Internación Conjunta cuenta con el apoyo del Grupo AmaMAR, creado en el año 1996 por iniciativa del Dr. Oscar Bonino, con asesoras voluntarias quienes *ad honorem* dedican su tiempo para acompañar a las mamás y sus bebés inculcando la práctica de la lactancia materna exclusiva. Todos los años, el grupo AmaMAR celebra la Semana de la Lactancia del 1 al 7 de agosto dentro del área mencionada del hospital en cuestión, realizando en esos días “teteadas” (se reúnen a todas las madres para dar, todas juntas, el pecho a sus recién nacidos), charlas informativas, proyección de audiovisuales, paneles, carteleras, y distribución de material impreso con información sobre lactancia materna (Anexo 3).

2.5. Lactancia materna exclusiva: definición, características e importancia

La lactancia materna exclusiva es la alimentación a pecho exclusiva, con leche materna, cuyos principales componentes son agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas (Schellhorn y Valdés, 1995:43). Dicha leche ofrece al niño alimento, hidratación y elementos que colaboran a desarrollar su

sistema inmunitario. Tanto la madre como el niño reciben múltiples beneficios de la práctica de la lactancia materna, que se detallan más adelante.

Lactancia materna exclusiva significa que el niño no recibe ningún otro alimento complementario ni sustituto, sean aguas, jugos, fórmulas lácteas o cualquier otro tipo de alimento líquido o sólido.

La OMS recomienda que la lactancia materna exclusiva se extienda desde la primera hora de vida hasta los seis meses de edad, momento en que se puede comenzar a agregar alimentos semisólidos a la dieta del bebé, continuando la lactancia materna hasta los dos años de vida del niño (OMS, 2017).

Además de exclusiva, los pediatras recomiendan la lactancia a demanda, es decir, se debe alimentar al bebé cada vez que lo pida, durante el día y la noche. No hay que esperar que el bebé llore para amantarlo; el niño lo indicará chupándose el dedo o moviéndose mucho. Para que la mamá pueda producir la leche que su bebé necesita, el niño debe ser amamantado con frecuencia. Si la mamá tiene que separarse de su hijo puede continuar con la lactancia. Para ello puede extraerse manualmente la leche y conservarla en un recipiente limpio y tapado, y luego entibiarla a baño María, sin hervir ni calentar en microondas, lo que le haría perder sus propiedades (UNICEF, 2011).

2.6. Tipos de leche materna

Calostro

El calostro es la primera leche materna que produce la mujer luego de que el bebé nace. Es un concentrado de nutrientes y anticuerpos que el bebé debe recibir al nacer y es tan importante como una vacuna para prevenir las infecciones más comunes.

Leche de transición

La leche de transición es la que se produce aproximadamente entre el quinto y décimo día después del parto. Dado que tiene un mayor contenido de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles que el calostro, provee de más calorías al recién nacido.

Leche madura

La leche madura, la que se produce a partir del décimo día posterior al parto, es la leche materna propiamente dicha. Esta leche aporta al niño todas las sustancias nutritivas y calorías que éste requiere para su desarrollo y crecimiento durante los primeros seis meses de vida. A partir del séptimo mes de lactancia, junto a la alimentación complementaria.

2.7. Beneficios de la lactancia materna exclusiva:

2.7.1. Beneficios para el niño

La leche materna proporciona al niño una nutrición óptima en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de nutrientes; le ayuda a formar un eficiente sistema inmunitario. Es una leche de fácil digestión, que evita la

hiperbilirrubinemia neonatal (aumento de la bilirrubina en el recién nacido), favorece el crecimiento, el desarrollo intelectual, dento maxilar, la organización sensorial; y satisface las necesidades afectivo emocionales.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege a niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades con mayores recursos.

La leche materna es la más segura e higiénica ya que el niño la toma directamente de su mamá. Además, está disponible a toda hora y en cualquier lugar.

La leche materna debe ser, por lo tanto, el único alimento que reciba el bebé durante los primeros seis meses de vida porque le brinda todos los elementos que necesita para su crecimiento y desarrollo saludables. No se debe alimentar al niño con jugos, agua, té ni ningún otro alimento complementario. El bebé debe estar en contacto con el pecho de su madre al nacer y debe ser amamantado dentro de la primera hora de vida. A través de su leche, la mamá le transmite al bebé anticuerpos que lo protegen contra las enfermedades más comunes hasta que sea capaz de formar sus propias defensas.

2.7.2. Beneficios para la madre

La lactancia ayuda a la contracción del útero materno, recuperación del peso, previene el cáncer de mamas y ovarios, establece el apego con el niño, promoviendo la satisfacción personal, refuerza los lazos afectivos familiares y espaciamiento de nacimientos ya que cuando la madre amamanta y permanece amenorreica, es decir, sin menstruación o flujo menstrual, durante los primeros 6 meses evita un 98% de los embarazos (OMS, 1988).

2.7.3. Beneficios para la sociedad

La sociedad se beneficia con la disminución de la morbimortalidad infantil, y la economía de recursos en concepto de costo de leche maternizada, mamadera, enfermedades, tratamientos médicos y ausentismo laboral.

2.7.4. Beneficios para el ambiente

La leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante porque no crea contaminación y desarrolla una función biológica vital en el control del crecimiento de la población y ecológicamente viable ya que no desperdicia recursos naturales y de esta forma la humanidad se favorece.

2.8. Pasos, prácticas, técnicas y teorías para el fomento de la lactancia materna exclusiva

Si bien la lactancia materna exclusiva es considerada la piedra angular de la supervivencia y de la salud de los niños, numerosas investigaciones sobre la lactancia materna exclusiva han constatado que a pesar de los beneficios de la

práctica, sólo el 40% de los bebés en el mundo disfrutaban de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad (OMS, www.who.int). En Argentina, el 95% de los recién nacidos reciben lactancia materna inmediatamente después del parto; sin embargo, sólo el 35% continúa la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (UNICEF en De Camargo, Kallsten, Spengler, Torres, 2017).

Por este motivo, los organismos de salud en todo el mundo elaboran técnicas y cuidados destinados a fomentar y sostener la alimentación a pecho materno.

2.8.1. Los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa

En 2018, la OMS actualizó los diez pasos para una lactancia materna exitosa (World Health Organization, 2018:14), a saber:

- 1. Cumplir íntegramente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Tener una política de lactancia materna y comunicarla de manera rutinaria a los trabajadores y colaboradores. Establecer un sistema de monitoreo y gestión de datos.*
- 2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que éste tenga suficiente conocimiento, competencia y habilidades para apoyar la lactancia materna.*
- 3. Informar a todas las embarazadas y a sus familias de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.*

4. *Facilitar el contacto directo e ininterrumpido piel con piel y ayudar a las madres a iniciar la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento.*
5. *Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna y manejar las dificultades más habituales.*
6. *No dar al recién nacido ningún otro alimento diferente a la leche materna, salvo que se requiera por prescripción médica.*
7. *Permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas del día.*
8. *Enseñar a las madres a detectar las señales de hambre que indican que su pequeño quiere mamar.*
9. *Aconsejar a las madres sobre los riesgos del uso de biberones, tetinas y chupetes.*
10. *Coordinar el alta para que las familias tengan acceso adecuado a la asistencia y atención continua (Anexo 4).*

Cabe aquí resaltar que dentro de estos Diez Pasos, los señalados entre los números 3 y 9, se encuadran dentro del área de competencia del enfermero/a. Es

decir, la mayoría de los pasos, pueden ser desarrollados por el enfermero/a, quien debe informar, facilitar, apoyar, enseñar y aconsejar a las madres en circunstancias en que éstas se encuentran en el ámbito del hospital, sea en los controles prenatales y postnatales, como durante la internación conjunta. Asimismo, el enfermero/a, a través de una debida capacitación en lactancia materna, y en coordinación con los demás profesionales médicos de internación conjunta y neonatología del hospital, entenderá que los pasos a aplicar, no pueden implementarse como un dogma, sino que su trabajo estará más bien enfocado a ayudar a cada binomio madre-hijo *“a encontrar su estilo de crianza, y a cada madre a amamantar según su deseo”* (Waisman, 2000:157).

2.8.2. Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño

Los hospitales que ponen en práctica los Diez Pasos arriba enumerados pueden obtener la acreditación de Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Ambas medidas, elaboradas por OMS y UNICEF en la década de 1990, y a las cuales Argentina, entre muchos otros países, adhiere, intentan convertirse en un instrumento único de evaluación de la práctica de la lactancia materna en el mundo, considerando que los pasos y la iniciativa crean un entorno de protección, apoyo e incentivo del binomio madre-hijo para asegurar una lactancia materna exitosa.

Cabe destacar que es importante entender que si el hospital con intención de acreditarse o ya acreditado, aplica los Diez Pasos en forma separada, puede obtener algún efecto; sin embargo, el éxito de los Diez Pasos depende de su aplicación conjunta. En otras palabras, todo el equipo de salud, incluyendo las autoridades del hospital, médicos, obstetras, neonatólogos, ginecólogos, enfermeros

y colaboradores o asesores en lactancia materna, deben aunar su compromiso, trabajo y esfuerzos en la implementación conjunta, integrada y articulada de los Diez Pasos.

2.8.3. Contacto Piel a Piel (CoPaP)

El Contacto Piel a Piel consiste en poner el bebé sobre el pecho descubierto de su mamá y/o de su papá. Se trata de una técnica que promueve el contacto directo, piel a piel, entre los recién nacidos y sus padres. Es una práctica segura, simple, sin efectos adversos que brinda beneficios a la mamá, al recién nacido y a la atención en general.

Esta técnica se debe aplicar inmediatamente luego del nacimiento, en sala de partos, independientemente el niño haya nacido de parto vaginal o por cesárea, ya que favorece a la implementación de la lactancia. En el caso de recién nacidos prematuros que requieren internación, esta tarea se mantiene, además de estimular y acompañar a la madre para estimular la producción de leche, recolectar y guardar la misma en bancos de leche para ser ofrecida a su bebé cuando esté en condiciones de recibirla.

Entre los beneficios del CoPaP, se pueden mencionar: facilita la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del bebé, brinda mayor confianza a los padres en el cuidado de sus hijos, favorece el vínculo madre/padre/hijo.

2.8.4. Teoría del apego

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres, seres familiares cercanos o cuidadores, y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad, ya que hace que el niño se sienta aceptado y protegido incondicionalmente. La Teoría del Apego señala que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto, es decir, la persona con que se establece el vínculo (Molero Mañes *et al.*, 2011).

2.8.5. Posiciones o posturas para la lactancia materna

Principalmente en los primeros días y en el primer mes de amamantamiento, las posiciones o posturas son importantes para que el binomio madre-hijo se acomode, se acople, y se logre la práctica de la lactancia materna exclusiva como ambos deseen y se sientan más cómodos (Quintero Fleites, Roque Peña, Fe de la Mela Quintero, y Fong Zurbano, 2014). El inicio de la lactancia materna exclusiva propiamente dicha tiene lugar en la internación, es decir, el área donde interviene el enfermero/a, quien en esta instancia, ayuda a la madre y al recién nacido a lograr una buena posición y un buen agarre.

En líneas generales, las posiciones de amamantamiento son:

Posición de madre sentada con recién nacido en sus brazos: en esta posición la madre sentada sostiene al niño con un brazo, y con la mano libre, en forma de C alrededor de su pecho con cuatro dedos por debajo y un dedo por encima.

Posición de canasto o pelota o de sandía: en esta posición, la madre coloca al recién nacido debajo del brazo del lado que va a amamantar, y el cuerpo del niño rodea la cintura de la madre. Esta posición es especialmente cómoda para amamantar a recién nacidos gemelos en forma simultánea.

Posición reversa: en esta posición, la madre está sentada y sostiene al niño sobre su falda apoyado sobre una almohada o almohadón. Esta postura favorece a los recién nacidos pequeños, de bajo peso, o que tengan preferencia por esta postura.

Posición de recién nacido sentado frente a la madre: en esta posición, la madre coloca al niño en forma vertical frente a su pecho, con las piernas hacia el lado externo del tronco de la madre. El niño puede estar sentado sobre la madre o sobre un almohadón. Alternativamente, esta postura también permite sentar al niño sobre la pierna de la madre, con sus piernas abiertas, en posición de “caballito”.

Posición acostada tradicional: en esta posición, madre y recién nacido se acuestan lateralmente uno frente al otro, con la cara del niño delante del pecho de la madre. Esta posición resulta cómoda a madres con cesárea, o que por distintas circunstancias tengan dificultades para sentarse o incorporarse.

Posición acostada con niño sobre el vientre: en esta posición, la madre acostada de espalda coloca al niño sobre su pecho. Se utiliza o recomienda esta posición cuando la madre produce mucha cantidad de leche.

Para todas y cada una de estas posturas es importante que la mejilla del niño se acerque al pecho de la madre, para que el niño busque el pezón. La posición correcta ayudará a que el recién nacido se coloque delante de la glándula mamaria (Quintero Fleites *et al.*, 2014). En este sentido, la mayor parte de la areola y el pezón deberán introducirse en la boca del niño. Así se logra un buen agarre, evitando grietas, fisuras dolorosas y otras complicaciones en el pezón de la madre, que puedan llevar a ésta a espaciar o interrumpir la lactancia. Es importante que el personal de salud, y particularmente el enfermero/a entrenado y capacitado ayude a la mamá y al recién nacido a conseguir ese buen agarre que asegure el éxito de la lactancia (Anexo 5).

2.8.6. Controles prenatales y postnatales

Durante los controles prenatales se debe informar a las madres sobre los innumerables beneficios que presenta la lactancia materna para el niño, la madre, la sociedad y el ambiente. En esta instancia durante el embarazo, el centro de salud debe asesorar a la madre acerca de las distintas posturas para lograr una práctica de lactancia cómoda para ella y para el niño, la preparación de los pechos y pezones, las características de la lactancia (tipos de leche, lactancia a demanda).

En los controles postnatales, el centro de salud debe acompañar a la madre ante las dudas, temores, mitos, creencias e inconvenientes en general relacionados a la lactancia materna que la madre pueda manifestar, promoviendo siempre la continuidad de la lactancia materna, en lo posible.

2.9. Factores que favorecen la práctica de la lactancia materna exclusiva

2.9.1. Marco normativo

Nuestro país adhiere a los lineamientos internacionales, impartidos por OMS y UNICEF, respecto a la lactancia materna exclusiva, por lo tanto, los hospitales y centros de salud de Argentina contemplan, a través de las normas del Ministerio de Salud de la Nación y Ministerios de Salud de las Provincias, dichos lineamientos.

Asimismo, la ley nacional relacionada al Contrato de Trabajo – Ley N^o 20.744/1976 – facilita a la madre trabajadora de dos descansos de media hora para amamantar a su bebé por un período no superior a un año desde su nacimiento. En algunos lugares de trabajos, empresas y empleadores ofrecen “Espacios Amigos de la Lactancia”, como señala la Ley Nacional 26.873.

2.9.2. Educación

Idealmente, la madre debería contar con conocimientos sobre la importancia, beneficios y características de la lactancia materna exclusiva para su hijo, previamente al parto. En este sentido, el personal de salud en los controles prenatales, refuerza dichos conocimientos de la madre, corrige aquellos erróneos, e informa y asesora para que la madre adquiera los conocimientos necesarios sobre lactancia materna. En los controles postnatales, el esfuerzo del personal de salud debe centrarse en lograr sostener en las madres una cultura de amamantamiento en el hogar.

2.9.3. Técnicas de la lactancia materna exclusiva

El aprendizaje de las técnicas, posturas y posiciones adecuadas y cómodas de amamantamiento permiten a la madre y al niño el placer de estar juntos, uno proveyendo el alimento, y el otro alimentándose, favoreciendo la práctica de la lactancia materna, el apego entre madre e hijo, y garantizando la óptima alimentación inicial infantil. El personal de la internación conjunta cumple un rol substancial en enseñar, apoyar, y asistir en estas técnicas principalmente en el período de internación conjunta, cuando se comienzan a desarrollar.

2.9.4. Salud de la madre y el niño

Un buen estado de salud de la madre y el niño permite a ambos estar juntos desde el nacimiento en la internación conjunta, sin que por motivos de salud, deban ser separados en distintas internaciones.

Un nacimiento a término así como también el peso adecuado (a partir de 2.3 kg a 2.5 kg) hacen que la madre y el niño permanezcan juntos ininterrumpidamente en el área de internación conjunta, favoreciendo de este modo a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

2.10. Factores que influyen negativamente en la práctica de la lactancia materna exclusiva

2.10.1. Cuestiones relacionadas al equipo de salud

Dentro de estos aspectos, se contempla la falta de capacitación especializada en lactancia materna del personal de salud así como también ciertas prácticas hospitalarias inadecuadas, como por ejemplo, el uso de biberones, chupetes y tetinas.

2.10.2. Cuestiones relacionadas a la madre

Dentro de estas cuestiones, contemplamos el estado de salud de la madre, que en caso de existir enfermedades, patologías, adicciones, o complicaciones en general, estén directa o indirectamente relacionadas o incluso no relacionadas al embarazo, pueden afectar, interferir e incluso impedir la práctica de la lactancia materna exclusiva. Asimismo, el tipo de parto incide principalmente en el inicio de la lactancia materna exclusiva; en el caso de nacimiento por cesárea, la madre puede tener demora en la bajada de leche. Por otro lado, pueden existir problemas en los pechos y pezones: madres con implantes mamarios, que si bien no interfieren en la lactancia materna, las madres pueden interpretar que sí. Otros problemas también son grietas, fisuras, abscesos, y mastitis.

La desinformación y/o desconocimiento de las madres acerca de la importancia, los beneficios y las técnicas de la lactancia materna exclusiva pueden afectar la misma. Por otro lado, también se deben contemplar los mitos, creencias y tabúes que la madre sostenga respecto a la lactancia, y que por tratarse de una fuerte carga cultural, tal vez no puedan aclararse, corregirse y encaminarse hacia una lactancia exitosa.

Con respecto al estado civil de la madre, en general, las madres sin esposo, sin pareja estable, o sin pareja, suelen ser sostén de hogar y por lo tanto, el regreso al trabajo se torna una cuestión prioritaria, que pueda hacerles relegar, en cierta manera, la práctica de la lactancia materna exclusiva. A su vez, las mujeres casadas o con pareja, que no cuenten con su apoyo para los quehaceres domésticos como para la práctica de la lactancia, pueden llegar a fracasar en la lactancia materna exclusiva.

El regreso al trabajo o al estudio también puede comprometer la práctica de la lactancia materna exclusiva. Si bien la ley laboral argentina, anteriormente mencionada, facilita dos descansos de media hora para amamantar, no contempla el lineamiento de lactancia a demanda. A su vez, algunos ambientes laborales no tienen un lugar adecuado para que la madre dé el pecho, los llamados “Espacios Amigos de la Lactancia”, señalados en la Ley Nacional 26.873. A esto se suman otras dos cuestiones: por un lado, el período de las licencias maternas suele ser inferior al período total de seis meses recomendados para la lactancia materna exclusiva, por lo que la madre vuelve al trabajo aún no habiendo finalizado la lactancia materna exclusiva. Por otro lado, se presentan las publicidades y promociones de productos lácteos sucedáneos, substitutos y alternativos, a los que la madre puede llegar a recurrir durante su ausencia del hogar.

En el ámbito de internación conjunta del hospital público donde se desarrolla la presente tesis, concurren madres de diferentes nacionalidades (boliviana, paraguaya, dominicana, china) que no hablan castellano o utilizan, dentro del castellano, palabras o expresiones diferentes, que dificultan la comunicación entre

ellas y el equipo de salud, generando inconvenientes al momento de asistir, apoyar y asesorar sobre lactancia materna exclusiva. Cabe agregar también a madres menonitas que sólo hablan alemán y se comunican con el equipo de salud a través de la traducción del esposo o un pariente acompañante, cuando éstos se encuentran presentes en la internación conjunta.

2.10.3. Cuestiones relacionadas al recién nacido

Recién nacidos con algún problema de salud o patología, prematuro, de bajo peso, son separados de su madre para atención inmediata, y podría ser motivo de un inicio tardío de la lactancia materna exclusiva, y asimismo, se posterga el inicio de CoPaP, ambos recomendados para la primera hora de vida.

Niños nacidos a través de cesárea pueden no tener leche materna inmediata, en casos en que a la madre le demore la bajada de leche.

En algunos casos, el recién nacido puede rechazar el pecho y esto se debe a una mala postura, tanto de la madre como del recién nacido, que le genera incomodidad, o un agarre inadecuado del pezón de la madre. Esto le provoca llanto, gasto de energía, que puede hacer que el niño desista de prenderse al pecho, provocando en consecuencia pérdida de peso. Las técnicas de amamantamiento que la madre no aplique correctamente son un factor negativo.

Es importante considerar que la mayoría de los problemas descritos pueden ser anticipados y tratados oportunamente por parte del equipo de salud.

Es fundamental que el equipo asuma su rol ya que hay suficiente evidencia que demuestra que el apoyo de los problemas de la lactancia y la promoción de lactancia exclusiva aumenta significativamente su duración y la posibilidad de que esta sea exitosa.

2.11. Rol del enfermero/a respecto a la lactancia materna exclusiva

En el ámbito de nuestro país, la enfermería se encuadra dentro de la Ley Nacional 24.004 y, para la provincia de Buenos Aires, dentro de la Ley Provincial 12.245.

Por su función dentro del equipo de salud, el enfermero/a desempeña un rol muy importante en la implementación de la lactancia materna exclusiva, que puede desempeñar en contacto directo con la madre, principalmente en tres instancias: 1) en la etapa prenatal, 2) durante la internación cuando se da el nacimiento del niño, y 3) en la etapa postnatal. En todas ellas, la intervención del enfermero/a, en conjunto y en coordinación con todo el equipo de salud, puede ser decisiva en beneficio de la elección, inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

Algunos autores, entre ellos Calvo Quirós (2002), Marghel Alvarez Zendejas (2013) y Martínez-Galán, Martín-Gallardo, Macarro-Ruiz, Martínez-Martín y Manrique-Tejedor (2017), coinciden en establecer el período del embarazo como el momento en que, en líneas generales, la madre hace su elección respecto a la forma en que alimentará a su hijo. Para tan importante decisión, el enfermero/a contribuye en ofrecer a la madre, el padre y demás miembros del entorno familiar, información sobre los beneficios y ventajas de la práctica de la lactancia materna

exclusiva, tanto para la madre como para el niño, además de las ventajas económicas, sociales y ambientales, y los riesgos asociados a no practicarla. Los controles prenatales ofrecen una oportunidad para la relación cara a cara, en forma personal y directa entre el enfermero/a y la madre, lo cual favorece a aclarar inquietudes, despejar dudas, vencer temores, remover creencias y tabúes, a fin de aconsejar y apoyar debidamente a la madre, en especial a la madre primípara, en lactancia materna exclusiva. En los controles prenatales, el enfermero/a también encuentra la ocasión para enseñar a la madre las cuestiones propias del amamantamiento: preparación de los pezones, posturas para la lactancia, advertencias sobre los riesgos de la leche de fórmula, y cómo resolver eventuales problemas con la lactancia. El enfermero/a, de esta manera, es un educador/a sanitario cuya intervención beneficia la lactancia materna exclusiva.

Una vez el niño ha nacido, el enfermero/a, en coordinación con el resto del equipo de salud interviniente, procura colocar al recién nacido sobre su mamá, para el Contacto Piel a Piel (CoPaP) y para el inmediato inicio de la lactancia materna, idealmente, dentro de la hora a partir del nacimiento. El enfermero/a prioriza el CoPaP y el inicio de la lactancia sobre los demás procedimientos rutinarios, tales como bañar, tomar medidas, y pesar al recién nacido. En el caso de madre o recién nacido que requieran cuidados urgentes, el CoPaP puede ofrecerse más adelante, tan pronto madre o recién nacido estén estabilizados, según indique el médico. Estando la madre y el recién nacido en buen estado de salud y no habiendo impedimentos, para el enfermero/a el CoPaP y el inicio de la lactancia son impostergables.

Durante la internación también, principalmente en las primeras horas, el enfermero/a ayuda a la madre y al recién nacido en la postura y el agarre, para lograr que el binomio encuentre la posición más cómoda y placentera para ambos, y para resolver las dificultades que puedan surgir. Es en esta etapa de la atención del binomio madre-recién nacido, que se da un hecho decisivo en la vida del niño: OMS y UNICEF señalan que *“los niños que no toman leche materna en la primera hora de vida tienen más peligro de contraer enfermedades e incluso de morir”* (<https://news.un.org/es/story/2018/07/1438762>). La asistencia y apoyo que el enfermero/a brinda a la madre y al recién nacido también incluye reconocer las señales de hambre del niño, dar el pecho a demanda, comprender el comportamiento del recién nacido, reconocer si el pecho tiene leche y si el recién nacido se alimenta, extraer leche, y resaltar la importancia del contacto físico con el niño por parte de los progenitores.

Finalmente, el enfermero/a también interviene en los controles postnatales, en un contacto personal y directo con la madre, el padre y demás miembros del grupo familiar del niño. En esta etapa, el enfermero/a continúa brindando apoyo a la madre y a la familia, para reforzar y sostener la práctica de la lactancia materna exclusiva: recuerda que la lactancia es a demanda, que no se debe incluir ningún otro alimento, y demás cuestiones que sean de interés o preocupación de los progenitores. Si bien el enfermero/a fomenta e incentiva la práctica de la lactancia materna exclusiva para que se continúe en el seno del hogar, debe respetar las particularidades sociales, educativas y culturales de cada familia, y si bien imparte sus habilidades y conocimientos, no puede tomar decisiones por los progenitores del niño.

En las tres etapas mencionadas, el enfermero/a es consciente que su falta de intervención es una oportunidad perdida, y que el cumplimiento de su rol incide significativamente en la elección, inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (Fig. 2). Para ello, el enfermero/a debe contar con la debida preparación y capacitación, que lo convierten en un promotor/a competente de la lactancia materna exclusiva (Waisman, 2000).

El enfermero/a también reconoce que no trabaja en forma aislada e individual sino que forma parte de una institución y de un equipo de salud, a los cuales debe aunar su trabajo y sus esfuerzos. Es en conjunto que se puede lograr, integrada y articuladamente, el éxito del inicio de la lactancia materna exclusiva.

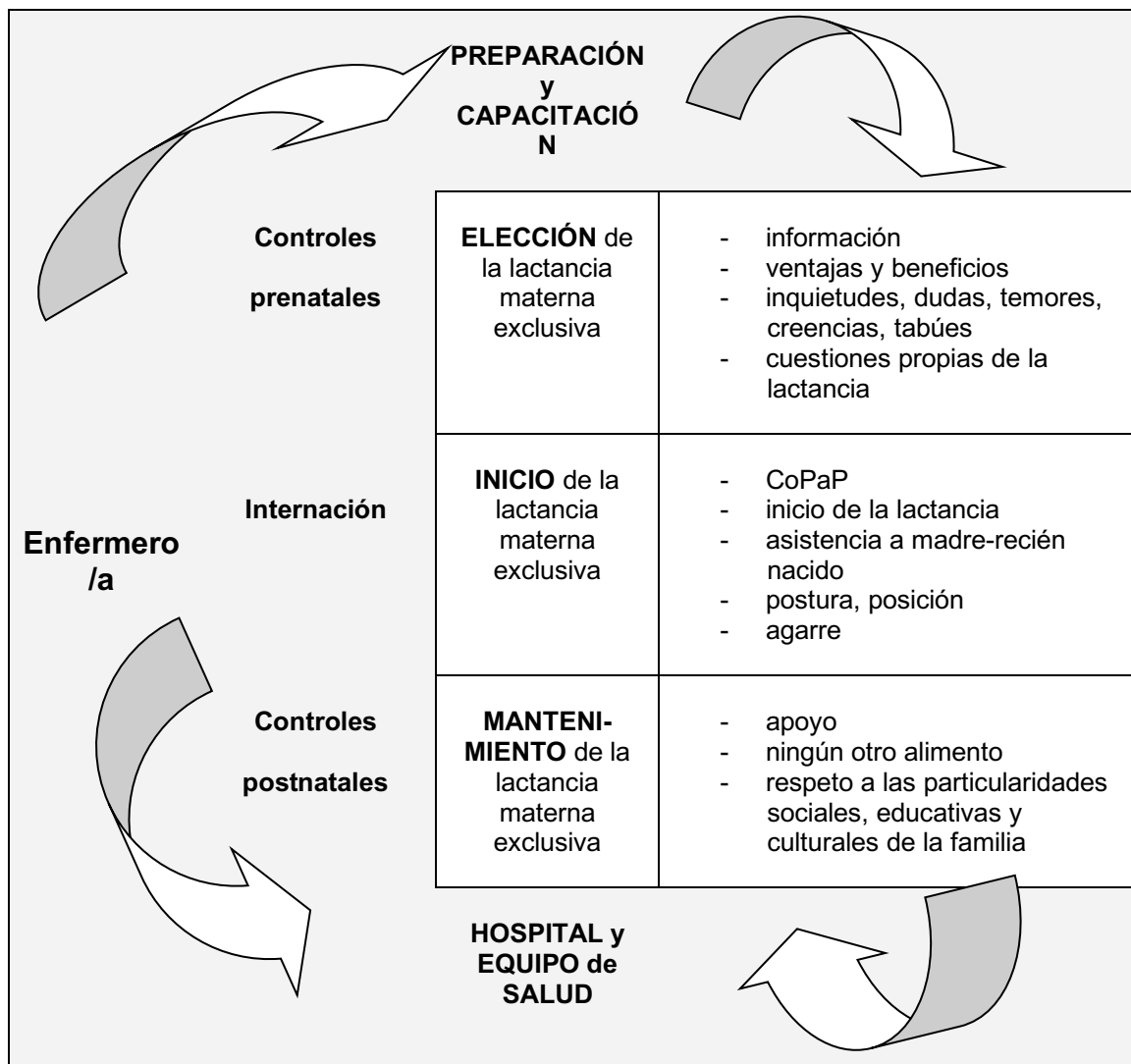


Figura 2. Rol del enfermero en la implementación de la lactancia materna exclusiva. Elaboración propia.

2.12. Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson

En relación al rol del enfermero, cabe destacar una teoría, llamada “Teoría de los Cuidados”, diseñada por Kristen Swanson, una enfermera estadounidense, nacida en 1953 en Providence Rhode Island, graduada de enfermera en la School of Nursing en 1975, quien luego realizó estudios de posgraduación como Magister y Doctora en Enfermería. Su teoría se centra en la tarea de comunicación y acompañamiento de la madre durante el embarazo, internación y seguimiento después del parto. Sus trabajos de investigación en el área materno infantil con

abordaje fenomenológico descriptivo dieron origen a la “Teoría de Los Cuidados”. Para Swanson, Enfermería es cuidado informado para el bienestar del otro (madres, neonatos y familia).

Marriner Tomey y Raile Alligood (2007) en Cano Obando, Piñeros Niño y Vargas López (2012) describen la teoría de Swanson de la siguiente manera: El cuidado de enfermería es la interacción que surge entre enfermero/a, madre, recién nacido y familia, en que se comparten conocimientos fundamentales para el proceso de cuidado, que servirán como herramienta para la atención integral que la enfermera/o como cuidadora, debe conocer para ayudar a la mujer y su hijo a crecer. En el cuidado, la percepción es la forma como la madre y su familia interioriza y clasifican las acciones intencionales de ellos y el profesional de enfermería.

Un componente fundamental y universal de la buena enfermería es cuidar del bienestar físico, espiritual, psicológico y social de las personas, afirmación que evidencia en su Teoría, en la que explica claramente lo que significa para los profesionales de enfermería, el modo de cuidar en la práctica. El cuidado de enfermería trasciende la mejora de una persona, *per se*, y la asiste para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para responder a las demandas, sortear obstáculos, utilizar los recursos personales y del entorno.

Los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, estableciendo cinco categorías o procesos que se presentan de manera separada, pero que

constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería para el cuidado; ellas son:

- Conocer: cuidar, en el programa de lactancia materna, implica evitar suposiciones, centrarse en madres, recién nacidos y su familia, a través de valorar comprensivamente todos los aspectos de su condición y su realidad.
- Mantener las creencias: Es mantener la fe en la capacidad de la madre de iniciar la lactancia y superar las barreras que surjan en la transición hacia la adopción y mantenimiento del nuevo rol.
- Estar con: La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas por las madres, recién nacidos y familia quienes buscan cuidado en el programa de lactancia materna.
- Hacer por: Hacer por la madre y su hijo o hija lo que ella haría por sí misma, con el fin de ayudar a la madre a autonomía.
- Posibilitar: Es permitir a la madre el autocuidado, permitiéndole tener su experiencia.

2.13. Operacionalización de las variables

Se consideraron los factores condicionantes (variable independiente) de la elección de la lactancia materna exclusiva (variable dependiente) reunidos en seis grupos: Antecedentes demográficos socio familiar y económico – Controles prenatales - Características de la internación – Características post internación – Conocimientos y Creencias.

- 1) Antecedentes demográficos socio familiar y económico: En esta categoría se agruparon las cualidades que permitieron identificar o determinar los atributos personales que distinguen a una mamá de otra. Las variables demográficas socio-familiares económicas, incluyeron como indicadores-además de los datos generales de la madre tales como, edad, nacionalidad, localidad de residencia;- otros como: estado civil, pareja estable, nivel de escolaridad, situación laboral, ingresos mensuales, obra social, hijos anteriores, lactancia materna exclusiva por 6 meses en los hijos anteriores.
- 2) Controles prenatales: Los controles prenatales son espacios que el profesional de salud debe aprovechar para impartir conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva. En esta categoría se incluyó el número y el lugar físico donde se llevaron a cabo los controles, si recibió información sobre la lactancia materna exclusiva, referido a qué, de quién provino la información y si recibió consejo de alguien más.
- 3) Características de la internación: En esta categoría se agruparon cuestiones referidas a la madre y al recién nacido en sus primeras horas de vida como así también el acompañamiento referido a la lactancia materna exclusiva de parte del profesional de salud.
- 4) Características post internación: Para esta categoría se tuvieron en cuenta las cuestiones referidas a “el regreso al hogar” y que pueden entorpecer la continuidad de la lactancia materna exclusiva, tales como si cuenta con apoyo familiar, en el caso de poseer trabajo hasta cuándo se extiende su licencia posparto, si cuenta con lugar apropiado para amamantar en su trabajo.

- 5) Conocimientos de la madre sobre la lactancia materna exclusiva: en esta categoría se incluyeron como indicadores los conocimientos que las madres recibieron durante el embarazo de parte del personal de salud.
- 6) Creencias sobre la lactancia materna exclusiva: se incluyeron en esta categoría probables creencias de las madres respecto al valor nutricional de la leche materna, las leches de fórmula, efectos de la leche en el niño y cuestiones estéticas de los pechos de la madre.

2.14. Hipótesis

Hipótesis 1: Los factores socioeconómicos y culturales, el nivel de escolaridad y situación familiar de las madres influyen en el inicio de la lactancia materna exclusiva.

Hipótesis 2: Los conocimientos de la madre – trátese de los adquiridos informalmente como los impartidos por profesionales de la salud – respecto a lactancia materna exclusiva influyen en el inicio de la misma

Hipótesis 3: Los factores mencionados en la hipótesis 1, como los conocimientos de la madre mencionados en la hipótesis 2 pueden influir tanto positiva como negativamente en el inicio de la lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO 3

Metodología

3.1. Tipo de estudio y método

El tipo de estudio de esta investigación es descriptivo y de corte transversal. Es de carácter descriptivo porque describe un hecho, una realidad. A su vez, es transversal porque la variable fue estudiada en una sola oportunidad durante el tiempo que duró el estudio en la institución de salud Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca, sin efectuarse seguimiento alguno a posteriori.

El estudio en cuestión es abordado desde el enfoque cuantitativo dado que al ser de carácter descriptivo, mide y por tanto cuantifica los datos de las diferentes variables que entran en juego en el inicio de la lactancia materna exclusiva.

3.2. Bioética

Antes de iniciar este estudio se solicitó autorización a los directivos de la institución para poder acceder a la población a encuestar y obtener datos. El proyecto de tesis es presentado al Comité de Investigación y al Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del hospital para que evalúen la viabilidad del mismo, y su cumplimiento con las reglamentaciones vigentes (Anexo 6).

Una vez obtenido el permiso correspondiente, al comenzar con la recolección de datos se solicitó a cada madre, mediante un consentimiento informado, la colaboración para participar en el estudio, informándole que de no

desea participar estaría en pleno derecho de no hacerlo. Además se les garantizó que dichos resultados serían preservados en el anonimato y utilizados únicamente para los fines de esta tesis (Anexo 7).

3.3. Población de estudio y muestra

La población de estudio fueron las madres alojadas en internación conjunta una vez nacidos sus bebés, en el hospital citado, durante el período comprendido entre el 13 de mayo y el 17 de junio de 2019. La muestra fue no probabilística y comprendió a las madres que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.3.1. Criterios de inclusión

La encuesta se realizó a todas las madres mayores de 18 años del área de internación conjunta que ya hayan dado a luz, y que den su consentimiento para llevar a cabo el método de estudio mencionado.

3.3.2. Criterios de exclusión

Las siguientes madres son excluidas de la encuesta: madres menores de 18 años; madres con patologías psiquiátricas o con facultades mentales que les impidan responder por sí mismas; madres cuyos recién nacidos sean producto de abuso o violación, madres con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); madres que no comprendan el idioma castellano; madres que no acepten participar de la encuesta; madres que por su estado de salud, o estado de salud del recién nacido, el médico estime conveniente no realizar la encuesta; madre cuyo niño haya fallecido o fallezca durante el parto o cesárea o durante la internación.

Si bien dentro del perfil de la madre se podrían haber contemplado algunas cuestiones de índole privada de la madre, que aportarían muy valiosa información a la hora de estudiar posibles factores que dificultan la lactancia materna exclusiva, por cuestiones éticas y de respeto a dicha privacidad, las siguientes preguntas fueron deliberadamente excluidas de las encuestas: si la madre es fumadora; si la madre ha fumado durante el embarazo; si la madre fuma durante la lactancia; si la madre tiene, al momento de la práctica de la lactancia, alguna adicción (alcohol, drogas, otras sustancias); si la madre ha practicado un aborto previamente. En otras palabras, estas variables quedan excluidas de los alcances de este trabajo.

La encuesta se realizó únicamente a las madres, considerándose éstas son quienes deciden, en última instancia, sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva, mientras que el equipo de salud en general y el enfermero/a en particular, si bien pueden favorecer la lactancia materna exclusiva, no pueden decidir por la madre o los progenitores del recién nacido. Es por este motivo, que la encuesta está centrada en el perfil de la madre, sus conocimientos y sus creencias sobre la lactancia materna exclusiva, y no se realizó una encuesta a médicos y enfermeros.

3.4. Técnica y procedimientos para la recolección de datos

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta a las madres que desearon participar en la misma y que se encontraban internadas junto a sus bebés recién nacidos en la sala de maternidad, cursando puerperio inmediato de nacimientos de bebés a término por partos y/o cesáreas.

La técnica consistió en una encuesta con un cuestionario de preguntas cerradas, distribuido en seis partes, contemplando 1) perfil sociodemográfico familiar y económico de la madre, 2) la madre en el control prenatal, 3) la madre en la sala de internación, 4) la madre en el regreso al hogar y al trabajo o estudio, 5) conocimientos de la madre sobre lactancia materna, y 6) creencias de la madre sobre lactancia materna (Anexo 8).

La encuesta es de elaboración propia de la investigadora, por lo cual se realizó una prueba piloto a fin de determinar la validación del instrumento.

3.5. Procesamiento y análisis de la información

Para el análisis estadístico se utilizó la planilla de cálculos de Microsoft Excel 2015. Los datos fueron volcados en forma de matriz de datos. Se estimaron la frecuencia absoluta y el valor porcentual de las variables utilizadas y se confeccionaron las tablas correspondientes con dichos valores, a partir de las cuales finalmente se construyeron las representaciones gráficas. Por otro lado se obtuvieron promedio y media de algunas de las variables estudiadas.

Capítulo 4

Resultados y Discusión

Las encuestas fueron llevadas a cabo desde el día 13 de mayo finalizando el día 17 de junio de 2019, una vez que se obtuvieron 100 encuestas. No se realizaron encuestas en los días domingos y los días feriados. Durante este período, el Hospital Interzonal Dr. José Penna alojó un total de 220 madres en Maternidad/Internación conjunta. Las madres no encuestadas corresponden a aquellas detalladas en los criterios de exclusión, siendo el principal motivo la elección de no participar en la misma. En los meses de mayo y junio parecía haber varias encuestas en curso, en vistas a las Elecciones Primarias de Agosto 2019, y varias madres comentaron haber respondido a demasiadas encuestas y no estaban interesadas en realizar la de la presente tesis. Del mismo modo, dada mi condición de religiosa, las madres de otros credos prefirieron no ser encuestadas.

Las madres encuestadas tienen, en su mayoría, entre 18 y 30 años de edad, como se representa en el Gráfico 1, siendo 92 de nacionalidad argentina, 4 de nacionalidad boliviana, 3 de nacionalidad paraguaya y 1 de nacionalidad uruguaya. La mayoría (68%) tiene su lugar de residencia en la ciudad de Bahía Blanca, mientras que el resto de las madres proceden de localidades cercanas al hospital, cuyo detalle se encuentra en la Tabla 1.

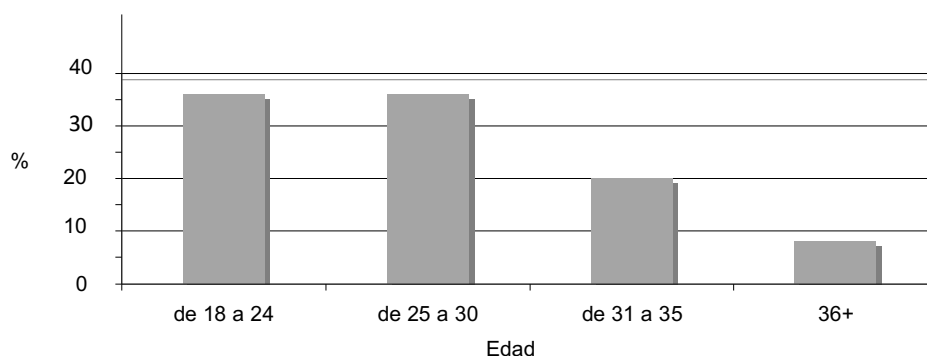


Gráfico 1. Porcentaje de madres encuestadas por intervalo de edad

Tabla 1. Distribución de las madres por localidad de residencia

Lugar de residencia	Cantidad de madres
Pedro Luro	6
Coronel Dorrego	4
General Daniel Cerri	3
Punta Alta	3
Mayor Buratovich	3
Monte Hermoso	2
Juan A. Pradere	1
Sauce Grande	1
Puán	1
Sierra de la Ventana	1
Ingeniero White	1
Bordenave	1
Villalonga	1
Saldungaray	1
Tornquist	1
Tres Arroyos	1
Sin respuesta	1

Respecto al estado civil, 80 madres son solteras, de las cuales 60 tienen pareja estable, y 20 no tienen pareja estable. Las 20 madres restantes son casadas, y sólo una de ellas informó no tener pareja estable.

En cuanto al nivel de escolaridad, el porcentaje más elevado (64%) corresponde a estudios secundarios (Gráfico 2), seguido de estudios primarios (25%).

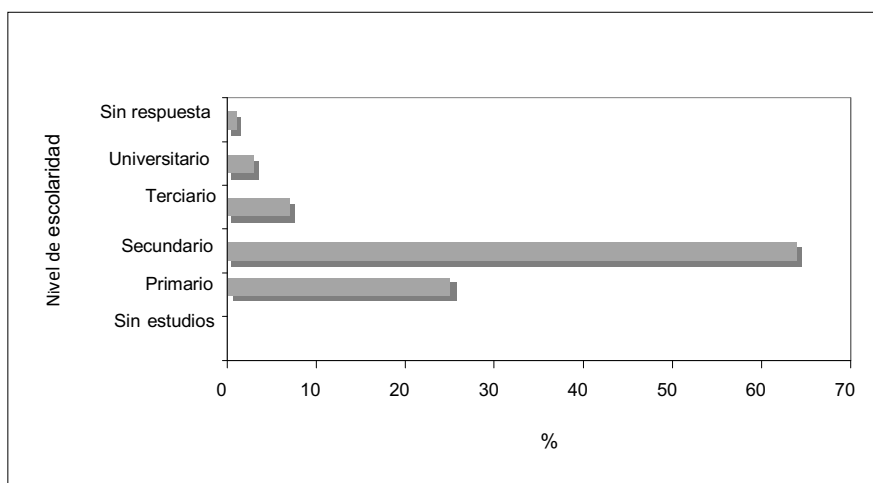


Gráfico 2. Nivel de escolaridad

En su mayoría, las madres encuestadas son amas de casa (78%). Dos madres – cuya franja de edad corresponde a 18-24 años – son estudiantes, 13 madres son empleadas, 4 madres son autónomas, y 3 madres optaron por no responder esta pregunta.

Un 76% de las madres informa que los ingresos mensuales no cubren las necesidades básicas, mientras que un 20% de las madres informa que sí, y un 4% optó por no responder. Solo 11 madres de las 100 encuestadas tienen obra social, mientras que 88 madres respondieron no contar con obra social y solo 1 madre no respondió a esta pregunta. En cierto modo, a raíz de la pregunta relacionada a la obra social, al igual que la pregunta sobre licencia por maternidad, las madres que se declaran empleadas, no cuentan con el beneficio de la obra social o licencia por maternidad, lo que permitiría inferir que el empleo podría ser de índole informal, o dentro del ambiente familiar, como atender un pequeño comercio (despensa, kiosco, verdulería).

Todas las madres encuestadas ya tenían hijos anteriores, por lo que no hay dentro de las 100 encuestas ninguna madre primeriza. La cantidad de hijos anteriores varía de 1 a 12: 31 mamás tienen 1 hijo anterior, 26 mamás tienen 2 hijos anteriores, 22 mamás tienen 3 hijos anteriores, 10 mamás tienen 4 hijos anteriores, 8 mamás tienen 5 hijos anteriores, 1 mamá tiene 6 hijos anteriores, 1 mamá tiene 7 hijos anteriores, y una mamá tiene 12 hijos anteriores.

El 82% de las madres dio Lactancia Materna Exclusiva a sus hijos anteriores, mientras que 13% no dio lactancia y un 5% no respondió. De las madres que no dieron Lactancia Materna Exclusiva a sus hijos, los motivos fueron:

- porque fueron gemelos y la leche no alcanzaba
- porque el bebé fue llevado a Neonatología
- porque fue el primer hijo
- porque no tenía los pezones formados

En cuanto a los controles prenatales, 89 madres realizaron el total de 6 controles, de las cuales 68 realizaron los controles fuera del hospital interzonal Dr. José Penna, 6 realizaron todos los controles en el hospital, y 15 madres realizaron controles tanto en un centro de salud primaria como en el hospital, generalmente correspondiendo al hospital los últimos controles. Las 11 madres restantes realizaron un número inferior de controles, variando entre 5 y 1 solo control, y solamente una madre no hizo ningún control.

En los controles prenatales, el 71% de las madres no recibió información, consejo o asesoramiento sobre Lactancia Materna, mientras que el 29% confirma haber recibido información, cuyos aspectos se desglosan en la Tabla 2.

Tabla 2. Información sobre Lactancia Materna en los controles prenatales

Información	Cantidad de madres (*)
Importancia	12
Beneficios	11
Posturas	11
Preparación de los pechos	6
Tipos de leche	5
Frecuencia	2

(*) Algunas madres fueron informadas sobre más de un aspecto referido a Lactancia Materna.

Respecto a la persona de quien las madres recibieron información o asesoramiento sobre Lactancia Materna, un 46% corresponde al médico/a, 30% a enfermero/a, 17% a asesor/a de lactancia, y un 7% corresponde a madres que no proporcionaron respuesta (Gráfico 3).

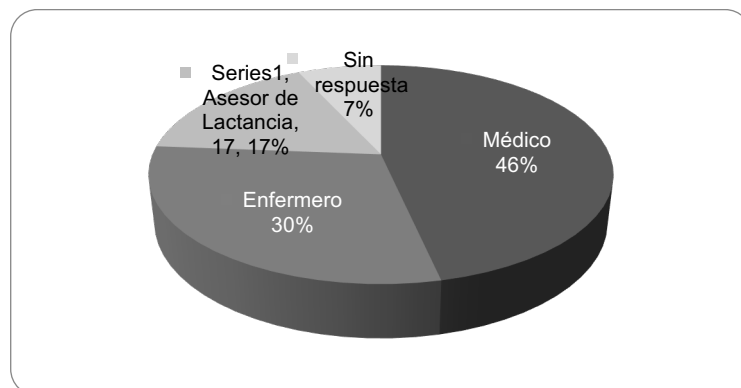


Gráfico 3. De quién recibieron las madres información o asesoramiento sobre Lactancia Materna?

Si bien solo 29 madres de las 100 encuestadas recibieron información sobre lactancia materna en los controles prenatales, ésta información fue brindada, mayoritariamente por médicos/as y enfermeros/as, es decir, por profesionales de la salud.

Durante el embarazo, 54 madres recibieron ayuda y consejo sobre Lactancia Materna de parte de familiares, 11 madres de otros (es decir, alguien que no es la pareja ni un familiar), y 35 madres no respondieron a esta pregunta. Ninguna madre mencionó a su pareja como persona de ayuda y/o consejo para la Lactancia Materna.

Los bebés nacidos fueron 58 de parto natural y 42 de cesárea. Los bebés nacidos de parto natural pesaron un promedio de 3,320 kg, siendo 2,600 kg el peso menor y 4,030 kg el peso más alto. Los bebés nacidos por cesárea tuvieron un peso promedio de 3,510 kg, siendo 1,940 kg el peso menor y 5,340 kg el peso más alto. Del total de 100 bebés, a 86 se les practicó el Contacto Piel a Piel (CoPaP) mientras que a 14 no. El inicio de la Lactancia Materna Exclusiva dentro de la primera hora de vida del bebé se dio en 77 casos, mientras que no fue así en 22, y una madre no respondió la pregunta. Los motivos que impidieron el inicio de la Lactancia Materna Exclusiva en la primera hora se detallan en la Tabla 3.

Tabla 3. Motivos que impidieron el inicio de la Lactancia Materna Exclusiva dentro de la primera hora de vida del recién nacido

Motivos	Parto*	
	natural	por cesárea
El bebé fue llevado a Neonatología	1	8
Debido a la cesárea	-	2
Debido a hemorragia de la madre	1	1
Porque la madre no tenía leche	-	1
Debido a la cesárea y peso del bebé (4,540 kg)	-	1
Debido a una demora en la cesárea	-	1
Porque el bebé no respiraba bien	-	1
Porque llevaron al bebé a realizar un control	-	1
Sin respuesta	1	3

*Número de encuestas

El 87% de las madres encuestadas manifiesta no tener afección, dificultad o impedimento para continuar con la Lactancia Materna Exclusiva, mientras que un 13% afirma que cuenta con dificultades: las 2 madres estudiantes aducen al estudio; 3 madres aducen a cuestiones laborales; 1 madre informa que no le baja leche; 1 madre aduce a una cirugía posparto, y 6 madres no aportan información. Para el 85% de las madres, la lactancia materna exclusiva se practica a libre demanda, mientras que un 13% opta por otra frecuencia y un 2% no aporta respuesta.

Durante el período de internación, un total de 68 madres afirma haber recibido apoyo, consejo y asesoramiento sobre lactancia por parte de un médico/a, enfermero/a y/o asesor/a de lactancia (Tabla 4), mientras que 32 madres responden no haber recibido.

Tabla 4. De quién recibió la madre apoyo sobre Lactancia Materna durante la internación?

	Número de madres
Asesor/a de lactancia	49
Enfermero/a	8
Médico	-
Enfermero/a y asesor/a de lactancia	6
Médico/a y asesor/a de lactancia	1
Médico/a, enfermero/a y asesor/a	1
Sin respuesta	3

De la Tabla 4 se desprende que el 72% de las madres recibió apoyo, consejo y asesoramiento de parte de asesores/as de lactancia durante la internación.

Con respecto a la situación de las madres luego de la internación y en el regreso al hogar, 70 del total de 100 madres afirma contar con apoyo familiar para la práctica de la lactancia materna; 8 madres informan que no cuentan con apoyo familiar, y 22 madres no aportan respuesta.

Para el regreso al ámbito laboral no se obtuvieron prácticamente datos: 1 madre informa que cuenta con licencia por maternidad de 1 a 2 meses de duración, y 1 madre informa que su lugar de trabajo no posee un lugar para amamantar. La escasez de información en esta área se debe principalmente a que la gran mayoría de las madres son amas de casa, y que las que afirman tener un empleo, no necesariamente se trata de un trabajo formal, es decir, que les brinde el beneficio de licencia como tampoco de obra social, como se mencionó más arriba.

Para finalizar, la última parte de la encuesta se centra en los conocimientos y creencias de las madres sobre la Lactancia Materna, obteniendo como resultados que la mayoría de las madres tiene un conocimiento general correcto sobre Lactancia Materna (Tabla 5). Para el caso de la pregunta 1, que se encuentra muy dividida, se podría inferir que la principal dificultad fue identificar la Lactancia Materna exclusiva a los primeros seis meses. La misma situación se repite en cuanto a las creencias, con la mayoría de las madres proporcionando respuestas correctas, excepto para el enunciado 3, que tiene la respuesta dividida, y hay en general, más madres que optan por no responder (Tabla 6).

Tabla 5. Conocimientos de las madres sobre Lactancia Materna Exclusiva.

ENUNCIADOS	Respuestas correctas	Respuestas incorrectas	No responde
1 La lactancia materna exclusiva dura seis meses.	47	53	-
2 La leche de fórmula es tan nutritiva como la leche materna para el crecimiento y desarrollo del niño durante los primeros seis meses.	95	5	-
3 La lactancia materna exclusiva se debe realizar a libre demanda.	92	8	-
4 La lactancia materna exclusiva brinda al niño seguridad y afecto.	96	2	2
5 La práctica de la lactancia materna exclusiva genera una situación de apego entre madre e hijo.	98	2	-
6 La lactancia materna exclusiva puede complementarse con jugos, agua, té y otros líquidos.	92	7	1

Tabla 6. Creencias de las madres sobre Lactancia Materna Exclusiva

ENUNCIADOS	Respuestas correctas	Respuestas incorrectas	No responde
1 La leche materna es insuficiente y el niño se queda con hambre.	87	9	4
2 La leche materna posee poco valor nutricional.	87	7	6
3 Un madre con implantes no puede amamantar.	50	46	4
4 La leche materna provoca cólicos en el niño.	79	15	6
5 La lactancia materna arruina los pechos de la madre.	85	9	6
6 La leche de fórmula es la mejor alternativa para las madres al regresar al trabajo o estudio.	89	8	3

De la colección y procesamiento de los datos de las encuestas, se pueden abordar las siguientes consideraciones que a su vez se relacionan con las hipótesis y objetivos planteados:

Factores socioeconómicos y culturales

En su mayoría, las madres son solteras, con pareja estable, han alcanzado nivel secundario en cuanto a su escolaridad, y son amas de casa. En la mayoría de

los hogares de estas madres, los ingresos no cubren las necesidades básicas, y solo 11 madres cuentan con una obra social. Estas condiciones, que podríamos considerar como desventajas, para el caso de la Lactancia Materna, influyen “favorablemente”: las madres pueden estar en el hogar, donde pueden continuar amamantando sin enfrentar dificultades tales como licencias cortas, cumplir horario de trabajo fuera de casa, no poder amamantar a libre demanda. Quispecondori Quispe, Rivas Cuno (2012) en su estudio, del 76,2% de las puérperas que por ocupación eran amas de casa, el 78,5 % de ellas, iniciaron la lactancia materna exclusiva presentándose esta condición como un factor que favorece el inicio de la lactancia materna. En hogares con recursos insuficientes, la leche materna resulta gratuita y contribuye, al menos en los primeros seis meses, a no generar gastos extras en la vulnerable economía familiar. No tener acceso a una obra social, si bien en toda situación se puede considerar un factor negativo, en este caso, contradictoriamente, funciona como un factor positivo en cuanto las madres no tienen acceso a las leches de fórmula que suelen distribuir las obras sociales y servicios de medicina pre-paga.

Boga y Pereyra (2015) en su investigación hallaron que:

“Las madres con mayor cantidad de hijos, amas de casa, con menor nivel de estudios alcanzado y menor nivel de ingresos familiar mensual demostraron en su mayoría una actitud positiva hacia la LM, completando la LME. Se podría inferir que la mayor duración de LM se relacionó con el contexto de vulnerabilidad socioeconómica en el que vive la población. La imposibilidad de comprar sucedáneos de la leche materna y biberones por su elevado costo, el bajo porcentaje de madres que trabajan fuera del hogar y la transferencia de esta práctica a través de las generaciones como una costumbre, podrían haber actuado como factores positivos para prolongar la edad de destete del niño”.

Durante el embarazo, 65 de las 100 madres tuvieron ayuda y apoyo (54 de un familiar, 11 de otras personas), y al regreso al hogar luego del nacimiento del bebé,

70 madres informan que cuentan con apoyo para continuar la lactancia. Con este entorno de apoyo, que se traduce como un factor positivo, y las desfavorables condiciones socioeconómicas ya descritas, se podría decir que en su mayoría, predomina una “cultura del amamantamiento” (Waisman, 2000). Esto se ve reflejado también en el estudio realizado por Pino, López, Medel, Ortega en 2013 que concluyen diciendo que “el apoyo familiar es uno de los pilares fundamentales de la mantención de la lactancia materna”.

Conocimientos de la madre

Todas las madres encuestadas tienen un buen conocimiento así como también experiencia previa de lactancia materna, dado todas cuentan con hijos anteriores, y una gran mayoría de madres (82%) practicó la lactancia materna con ellos. Asimismo, se puede apreciar que no hay creencias negativas o desfavorables respecto a la práctica de la lactancia materna. A pesar de que la mayoría (71%) no fue asesorada sobre lactancia materna durante los controles prenatales, el inicio de la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora de vida del recién nacido se dio en 77 casos. Al respecto, se podría inferir que al no tratarse de madres primerizas, los controles pueden haber obviado información y asesoramiento sobre lactancia materna, dado que la madre ya ha tenido experiencia previa. Rivera Ledesma, Bauta León, Fornaris Hernández, Flores Martínez, Pérez Majendie (2015) en su trabajo demostraron que las madres con partos anteriores cuentan con la experiencia de haber brindado lactancia materna exclusiva por corto o adecuado tiempo, por lo tanto, conocen los beneficios que brinda y los riesgos a los que someten a su hijo de no lactarlo por el tiempo necesario. Por su parte Tizón Bouza (2015) afirma que el tipo de lactancia en partos previos modifica de forma

significativa la prevalencia de lactancia materna al alta. De esta manera, se observa que las mujeres que tras partos anteriores habían dado lactancia materna, en el 91,3% de los casos continúan con lactancia materna tras el parto actual.

En la presente investigación, las madres que no iniciaron la lactancia dentro de la primera hora tenían motivos justificados: la cesárea propiamente dicha, cuestiones de salud de la madre o del niño, no habiendo casos de negación o rechazo al inicio de la lactancia materna relacionados a creencias, mitos, tabúes o falsas ideas.

En cuanto a la internación en el Hospital Interzonal Dr. José Penna, a diferencia de los controles prenatales, la mayoría de las madres (62%) recibió información y asesoramiento sobre lactancia materna. En los controles prenatales, médicos/as y enfermeros/as fueron quienes impartieron la información y asesoramiento en un 77% de los casos, cumpliendo un rol menor los asesores/as de lactancia. En el Hospital, por el contrario, predomina la participación del asesor/a de lactancia (72%) para el asesoramiento y apoyo a las madres durante la internación, siendo escasa la participación de médicos/as y enfermeros/as, es decir, de los profesionales de la salud, ya que los asesores/as son voluntarios no profesionales. García Casanova, García Casanova, Pi, Ruiz Mariscal y Parellada Esquiús (2005) en su estudio concluyeron que la educación sanitaria realizada por la enfermera hospitalaria es básica para el correcto inicio y la continuidad de la LM, y que depende del tiempo dedicado (> 15 min) y de la satisfacción de la madre.

En conclusión, la combinación de factores socioeconómicos desfavorables y un buen conocimiento sobre lactancia materna de parte de las madres sustentado por su propia experiencia previa, contribuyen, cada uno a su manera, al inicio mayoritariamente exitoso de la Lactancia Materna Exclusiva. En este sentido, se puede decir que se da por cumplida la hipótesis 1 en que los factores socioeconómicos, generalmente adversos, favorecen el inicio de la lactancia materna como se explicara anteriormente. De la manera, la hipótesis 2 también se cumple considerando que las madres encuestadas no son primíparas y poseen conocimiento previo de lactancia adquirido en hijos anteriores. Finalmente, se puede decir que la hipótesis 3 también se cumple en que los factores estudiados y los conocimientos sobre lactancia de las madres han influido positivamente en el inicio de la lactancia materna. Si bien se ha contemplado que los factores socioeconómicos tienden a ser adversos o negativos (por ejemplo la falta de un empleo, la falta de obra social), estas condiciones tienden a favorecer el inicio de la lactancia materna.

RECOMENDACIONES

Al respecto, se recomienda una mayor participación, intervención o interacción del profesional de la salud con la madre, así como también con el padre y demás miembros del entorno familiar, aprovechando la internación de la madre, en que el diálogo, el apoyo y asesoramiento se puede realizar de manera personal, cara a cara. Se recomienda sobre todo, una mayor intervención del enfermero/a en su rol de promotor/a profesional de lactancia o educador/a de la lactancia, para lo cual debe estar debidamente capacitado. La participación del enfermero/a durante el breve período de internación de la madre debería verse como una oportunidad

para apoyar y favorecer la lactancia materna, asegurando que la misma continúe en el hogar una vez la madre haya sido dada de alta. Su rol como tal debería ser primordial, mientras que el rol de las asesoras de lactancia debería ser secundario o supletorio.

Asimismo, el hospital podría exhibir posters, carteleras, cartillas y/o folletos referidos a la importancia y beneficios de la lactancia materna, que actúen como concientizadores para madres y su grupo familiar. Las páginas de internet del Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires así como también la línea gratuita 0800 de atención para las madres en período de lactancia, podrían exhibirse de tal modo las madres cuenten con información y asistencia una vez hayan sido dadas de alta del hospital.

Se recomienda, además, la creación de un banco de leche que permita brindar leche materna a recién nacidos que no pueden recibir dicho alimento de su madre. Un banco de leche redundaría en un beneficio hacia los recién nacidos que lo necesitan y también una ventaja para el hospital en su trámite de certificación como Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

CAPÍTULO 5

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, C.M.J. 2005. Lactancia Materna. Editorial Elsevier, 3ª ed. Madrid. España.

Alda, C., Bayo-Borrás, R., Camps, N., Cánovas i Sau, G., Goldman-Amirav, A., Iriarte, A., Knibiehler, Y., Loreaux, N., Percovich, L., Rosenberg, M.I., Sánchez-Pardo, E., Sentís, M., Tubert, S. Vegetti-Finzi, S., Zerilli, L.M.G. 1996. Figuras de la Madre. Ediciones Cátedra A., Madrid.

Amador García, M., Martínez González, A., Hermelo Treche, M. 2006. Bases de la alimentación y de la nutrición del niño sano. En: De la Torre E, Pelayo EJ, editores. Pediatría I Autores cubanos. Ecimed, La Habana: p. 169-97.

American Academy of Pediatrics. 2005. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics: 115: 498.

Araya Cubero, Z., Brenes Campos, G. 2012. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. Enfermería Actual en Costa Rica, vol., no. 23, 2012, pp.1-15. Redalyc,
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44824928008>

Baila Risco, B.M.Y, Quevedo Siesquén, M.M. 2016. “Relación entre conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres del programa de crecimiento y desarrollo Hospital Referencial Ferreñafe, 2016”. Tesis de pregrado. Universidad Señor de Sipán. Facultad de Ciencias de la Salud. Pimentel, Perú.

Blázquez García, M.J. 2000. Ventajas de la lactancia materna. En: Medicina Naturista N^o 1:44-49.

Boga, María C, y Pereyra, M. 2015. Duración de la lactancia materna y factores educativos, económicos y sociales influyentes en el abandono de la misma antes del tiempo recomendado. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H.A. Barceló, Facultad de Medicina, Carrera de Licenciatura en Nutrición. 104 p.

Borre Ortiz, Y.M, Cortina Navarro, C., González Ruíz, G. 2014. Lactancia Materna Exclusiva: la conocen las madres realmente? En: Revista CUIDARTE, vol. 5, núm. 2, julio-diciembre, 2014, Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia: pp. 723-730: En:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181003>

Brahm, P. y Valdés, V. 2017. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. En: Revista Chilena de Pediatría 88(1), Sociedad Chilena de Pediatría: 7-14.

Calvo Quirós, Cindy. 2008-2009. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. En: Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea] Octubre 2008 – Marzo 2009, Nro. 15, 8 p.

www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf

Cano Obando, M.F., Piñeros Niño, A.J. y Vargas López, A.M. 2012. Propuesta de cuidado de enfermería durante la lactancia materna enmarcado en la teoría de

Kristen Swanson. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Cundinamarca, Bogotá.

Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia Materna: Guía para profesionales. 2004. Barcelona. España.

Cubero, Z.A. y Campos, G.B. 2012. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. En: Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica., 15 p. En www.revenf.ucr.ac.cr

De Camargo, S., Kallsten, M.P., Spengler, M., y Torres, A. 2017. Apego y Lactancia. Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. 40 p.

Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación. 2015. Situación de la Lactancia Materna en la Argentina. Informe 13 p. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001135cnt-lactancia-materna-argentina-2015.pdf>

Espinoza Cadima, C., Zamorano Jiménez, C. A., Graham Pontones, S., Orozco Gutiérrez, A. 2014. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. En: Anales Médicos de la Asociación de Medicina Centro Médico ABC, Vol. 59, Nro 2, Abril-Junio 2014: 120-126.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 1990. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna. En: www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) .2011. Análisis del Módulo de Lactancia Materna. Encuesta Nacional de Hogares 2010. Informe Final, Costa Rica, 68 p.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2012. Lactancia Materna. Manual original UNICEF Honduras, Adaptación UNICEF Ecuador. 55 p.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2016. A Partir de la Primera Hora de Vida. Promover una Mejor Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño en Todo el Mundo. Principales Hallazgos. Informe. 8 p.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de la Salud de la Nación, Organización Mundial de la Salud (OMS), y Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2013. Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo de la Madre y del Niño. Módulo 3. 356 p.

García Casanova, M.C., García Casanova S., Pi Juan, M., Ruiz Mariscal, E. Parellada Esquiús, N.2005. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Aten Primaria. 35(6):295-300. DOI: 10.1157/13073415

Gorrita Pérez, R.R., Brito Linares, D., Ravelo Rodríguez Y. y Ruiz Hernández, E. 2014. Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. En: Revista de Ciencias Médicas. La Habana, 20(1).

Häggkvist, A.P., Brantsæ, A.L., Grjibovski, A.M., Helsing, E., Meltzer, H.M., Haugen, M. 2010. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. Public Health Nutrition: 1-19.

Hernández Aguilar, M.T., Cerveró, L.I., García Ballester, M., Fernández Pérez, M., Gutiérrez, G., Lloret, J., Nebot, C., Segovia, C. 2004. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna. Pediatría Atención Primaria, Área 09 -H. Dr. Peset Valencia.

Hernández Gamboa, E. 2008. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. En: Revista Enfermería Actual en Costa Rica N° 15, septiembre 2008-marzo 2009: 1-6.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2010. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.

Informe Técnico Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria - (ENALMA). CHILE 2013 Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública. Este informe fue desarrollado por: Ing. Fabiola Rosso

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012

. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Lactancia Materna: Guía para Profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2003; 5 (3): 32.

León-Cava, N. 2002. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. OPS, Washington, D.C. 184 p.

Ley Nacional 20.744

Ley Nacional 24.004

Ley Nacional 26.873

Ley Provincial 12.245

López, F. 1990. Desarrollo social y de la personalidad. En: J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comps.), Desarrollo psicológico y educación. Vol. I. Madrid: Alianza.

Marghel Alvarez Zendejas, P. 2013. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco. Proyecto Terminal Profesional para la obtención del grado de maestría en salud pública, Instituto Nacional de Salud Pública de México, 77 p.

Martínez-Galán, P., Martín-Gallardo, E., Macarro-Ruiz, D., Martínez-Martín, E., y Manrique-Tejedor, J. 2017. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: revisión de la literatura. En: Enfermería Universitaria, 2017; 14(1):54-66.

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2013. Informe Técnico. Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria (ENALMA), Chile 2013. 47 p.

Molero Mañes, R.J., Sospedra Aguado, R., Sabater Barrocal, Y. y Plá Molero, L.R. 2011. La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. En: International Journal of Developmental and Educational Psychology, Nro 1, Vol. 1, 511-520.

OIT. 2000. Convenio sobre la Protección de la Maternidad N^{ro} 183.

Oliva Delgado, A. 2004. Estado actual de la Teoría del Apego. En: Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 4(1): 65- 81.

Organización Mundial de la Salud. 1981. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra, 41 p.

Organización Mundial de la Salud. 1988. Pautas para capacitar a los agentes de salud comunitarios en nutrición. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud y UNICEF. 1989. Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural.

Organización Mundial de la Salud y UNICEF. 1990. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia. Florencia, Italia.

Organización Mundial de la Salud. 2008. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral. Sección 3: Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño. 273 p.

Organización Mundial de la Salud. 2017. Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna. 8 p.

Pino, V.J.L., López, E.A., Medel I.A.P., Ortega, S.A. 2013. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en unacomunidad rural de Chile. Rev.Chil.Nutr. Vol. 40, N°1.

Pinto. F. 2007. Apego y lactancia natural. En: Revista chilena de Pediatría 78 (Supl 1): 96-102.

Piñeros, B.S. y Camacho N.J. 2004. Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva. En: Orinoquia, Vol. 8, nro 1, Universidad de Los Llanos, Meta, Colombia: 6-14.

Quintero Fleites, C.E.J., Roque Peña, P., Fe de la Mela Quintero, S., y Fong Zurbano, G. 2014. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. En: Medicent Electrón 2014 Oct-Dic 18(4): 156-162.

Quispecondori Quispe, J., Rivas Cuno, R. 2012. Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis de Grado. Lima, Perú.

Rivera Ledesma, E., Bauta León, L., Fornaris Hernández, A., Flores Martínez, M, Pérez Majendie, R. 2015. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico "Aleida Fernández". Revhabancienméd [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Dic 20];16(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en:

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2075>

Sacristán Martín, A.M., Lozano Alonso, J.E., Gil Costa, M., y Vega Alonso, A.T.. 2011. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Pediatría Atención Primaria, 13(49), 33-46.

Savage, K.F. 1996. Cómo ayudar a las madres a amamantar. Ministerio de Salud Pública de Honduras, Liga de la Lactancia Materna de Honduras, UNICEF. Ediciones Zas.

Schellhorn H.C. y Valdés L., V. 1995. Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud. Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile. 230 p.

Soto Conti, C. 2014. Asistencia del recién nacido a término sano, como protagonista de su nacimiento. En: Revista Hospital Maternal Infantil Ramón Sardá 33(2):97-98.

Strain Henkes, H. 2013. CONALMA: Cifras y Desafíos. Comisión Nacional de Lactancia Materna, Chile.

Tizón Bouza, E. 2015. Lactancia materna y sus determinantes. Universidad de Coruña, Departamento de Ciencias de la Salud, 233 p.

UNICEF. 2013. Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. Argentina.

UNICEF. 2016. A Partir de la Primera Hora de Vida. <http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

Vega, L.M.G., y González P.G.J. 1993. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. Bol. Oficina Sanit. Panam. 115: 118-126.

Waisman, M. 2000. La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño como una Estrategia de Humanización: Aprender de la Experiencia. En: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Vol. 19, N° 4: 157-160. Hospital MaternoInfantil Ramón Sardá, Buenos Aires.

World Alliance Breastfeeding Action. Semana Mundial de Lactancia Materna 2013 [internet]. Ginebra: OMS/UNICEF; 2013 En: <http://worldbreastfeedingweek.org/2013/pdf/wbw2013-calendar-spa.pdf>

World Health Organization. 2018. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. 54 p.

Páginas Web consultadas

www.ilo.org

www.ligadelaleche.org.ar

www.lli.org

www.ms.gba.gov.ar

<https://news.un.org>

www.paho.org

www.unicef.org

www.waba.org.my

www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/

ANEXO 1

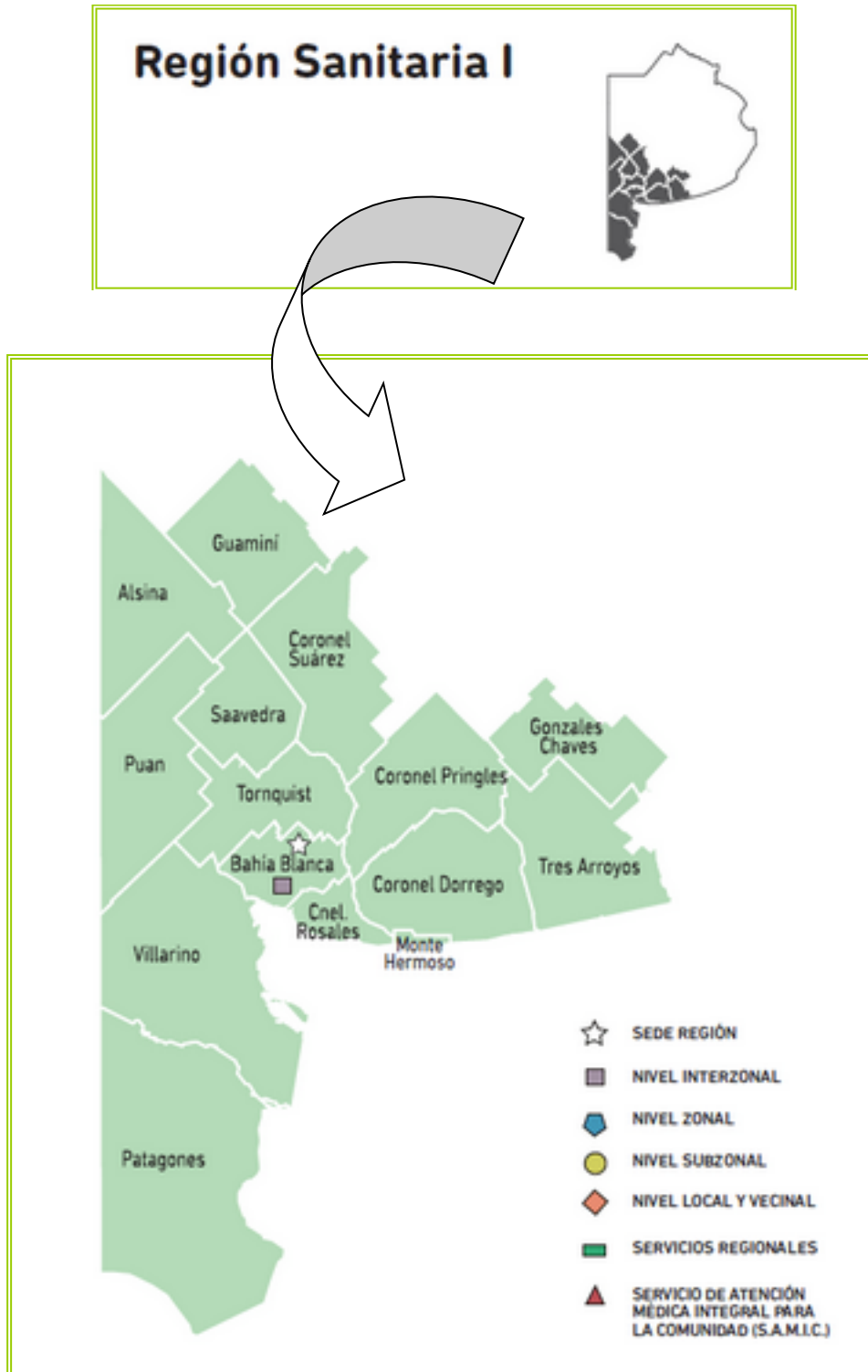
ABREVIATURAS y ACRÓNIMOS

relacionados a lactancia materna exclusiva utilizados en la presente tesis, en orden alfabético, con su página web, donde resulte pertinente

ABREVIATURAS Y SIGLAS	NOMBRE	PAGINA WEB
AmaMAR	Anexo 3	https://es-la.facebook.com/amamarbb/
CAPS	Centro de Atención Primaria de Salud	
CoPaP	Contacto Piel a Piel	
LLLA	Liga de la Leche Argentina	www.ligadelaleche.org.ar
LLLI	Liga de la Leche Internacional <i>En inglés: La Leche League International</i>	www.llli.org
OIT	Organización Internacional del Trabajo <i>En inglés: International Labour Organization</i>	www.ilo.org
OMS	Organización Mundial de la Salud <i>En inglés: World Health Organization</i>	www.who.int
OPS	Organización Panamericana de Salud <i>En inglés: Pan-American Health Organization</i>	www.paho.org
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia <i>En inglés: United Nations Children's Fund</i>	www.unicef.org
WABA	Alianza Mundial Pro Lactancia Materna <i>En inglés: World Alliance for Breastfeeding Action</i>	www.waba.org.my

ANEXO 2

REGIÓN SANITARIA I DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



fuelle: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias

102

ANEXO 3

GRUPO AMAMAR de la CIUDAD de BAHÍA BLANCA

El Grupo AmaMAR es una Organización No Gubernamental, con personería jurídica, que fomenta y apoya la lactancia materna en el hospital público en la ciudad de Bahía Blanca, donde se desarrolla la tesis.

AmaMAR significa

A mamar A tomar la leche

Mar Porque Bahía Blanca se encuentra junto al mar

Ama Amarillo, el color del calostro

Mamá Es decir, la madre

Amar Porque amamantar es un acto de amor

ANEXO 4

10 PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA



Fuente: OMS y UNICEF

ANEXO 5

POSICIONES PARA LA LACTANCIA

<p>a. Posición de madre sentada con recién nacido en sus brazos:</p> 	<p>b. Posición de canasto o pelota o de sandía:</p> 
<p>c. Posición reversa:</p> 	<p>d. Posición de recién nacido sentado frente a la madre:</p> 
<p>e. Posición acostada tradicional:</p> 	<p>f. Posición acostada con niño sobre el vientre:</p> 

Fuente de las imágenes a, c y e: UNICEF 2012; b: mamis.cl; d: corresaltaycuidate.blogspot.com; f: mx.depositphotos.com/95946916/

ANEXO 6

TEXTO DE LA NOTA ELEVADA AL HOSPITAL PÚBLICO CON SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS

Bahía Blanca, 3 de mayo de 2019

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de hacerle saber que estoy realizando la tesis para obtener el título de grado de la Licenciatura en Enfermería, carrera que he cursado en la Universidad Nacional del Comahue en la ciudad de Viedma.

Para los fines de mi tesis, que se titula “Lactancia Materna Exclusiva: Factores que influyen en el inicio de la lactancia materna exclusiva en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires”, solicito a Usted autorización para realizar encuestas a las madres alojadas en el área de internación conjunta del nosocomio bajo su dirección.

Las encuestas serán realizadas por mi persona a aquellas madres mayores de edad, que habiendo dado a luz, den su consentimiento a participar voluntaria y anónimamente de mi trabajo de investigación, hasta completar un total de 100.

Para las encuestas se observará, además, las indicaciones del personal médico y de enfermería que atiende a las madres objeto de mi estudio, de tal modo mi investigación no interfiera con el normal desempeño de las tareas médicas y de enfermería, ni genere contratiempos o inconvenientes.

Junto a esta solicitud de autorización, elevo también a Usted una copia del proyecto de tesis. En los anexos 6 y 7 se presentan la “Nota de Consentimiento de las Madres Encuestadas”, y la “Encuesta” propiamente dicha, respectivamente.

Quedando a su disposición, y a la espera de su atenta y favorable respuesta, le hago llegar mi agradecimiento y mis más atentos saludos.

Inés Cruz

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna, acreditado bajo el N° 009/201, folio 45 del Libro de Actas N° 1, con fecha 23/07/2010 Vencimiento de Registro y Acreditación 23/07/2019. Si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna cuya coordinadora es Marisa Zapata, a los teléfonos 0291- 4593600. Int. 308- 349 Necochea y Láinez, (8000) Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (USUARIO)

Título del estudio: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ PENNA DE BAHÍA BLANCA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Diseño: Estudio.

Investigador Principal: Alumna Inés Cruz

Cel: (0291) 156 425 067.

Sitio donde se realizará el estudio: Área de Maternidad, Hospital Interzonal General Dr. José Penna.

HOJA DE INFORMACIÓN:

- 1) ¿Por qué motivo se realiza este estudio? El presente estudio se realiza para la elaboración de la tesis para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería.
- 2) El objetivo general de esta investigación es identificar los factores que influyen en el inicio de la lactancia materna exclusiva, que se da en la internación del binomio madre-hijo.
- 3) ¿Qué es lo que se conoce sobre el tema en investigación? Se conoce que a escala mundial, como señalan los organismos OMS y UNICEF, la lactancia materna exclusiva, la cual dura 6 meses, es primordial para la nutrición, alimentación, y salud del recién nacido. Internacionalmente, numerosos estudios resaltan la importancia de la práctica de la lactancia materna exclusiva, y señalan los factores que pueden resultar en el éxito o fracaso de la lactancia. Numerosos estudios en América Latina concuerdan en reconocer la importancia primordial de la lactancia materna exclusiva, y asimismo resaltan los factores que influyen negativamente en la práctica de la misma, sea por cuestiones culturales, educativas, laborales o de situación económico-social. Nuestro país adhiere a las políticas de lactancia materna exclusiva según OMS y UNICEF, y varios hospitales con maternidad, están acreditados o han acreditado como Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, y adhieren a los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa.
- 4) ¿Qué implica participar de esta investigación? Para la tesista, la investigación se limitará a la realización de la tesis, sin ningún otro fin, sea publicaciones o difusión. Para las madres encuestadas, su participación será completar la encuesta en forma anónima y confidencial, para la obtención de datos para el estudio.
- 5) ¿Cuánto tiempo durará el estudio? El estudio durará un mes, período en que se realizarán encuestas a las madres internadas con sus niños recién nacidos.
- 6) ¿Cuántas personas participarán? Participarán un mínimo de 50 madres encuestadas.
- 7) ¿Me aportará beneficios participar? Las madres encuestadas no recibirán ningún beneficio, contribución o retribución por su participación.
- 8) ¿Tendré riesgos por participar? Las madres encuestadas no serán expuestas a ningún riesgo por participar.
- 9) ¿De qué modo se preservará la confidencialidad de mis datos personales? Los registros sólo contendrán sus respuestas y serán suprimidos sus datos personales. ¿Cómo lograrán que mi identidad no se conozca? Los datos que lo identifiquen se tratarán en forma confidencial como lo exige la Ley NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, N° 25.326.
- 10) ¿Tendré gastos si participo del estudio? Usted no tendrá gasto alguno por participar.
- 11) ¿Recibiré un pago por participar? No se le pagará por su participación en este estudio.
- 12) ¿Quién/es financia/n el estudio? Este estudio no cuenta con ninguna financiación.
- 13) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización? Sí, los resultados del estudio estarán a su disposición.
- 14) ¿Puedo dejar de participar del estudio en cualquier momento, aún luego de haber aceptado? Sí, usted puede retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento.
- 15) ¿En caso de no participar o decidir dejar de participar en el estudio mi atención en el hospital puede verse afectado? No, su tratamiento no se verá afectado en caso de no participar o decidir dejar de participar en el estudio.
- 16) ¿Con quién/es puedo hablar si tengo dudas o preguntas sobre el estudio o sobre mis derechos como participante de un estudio de investigación?
 - a) Sobre el estudio: puede contactar al Investigador: Alumna Inés Cruz.
 - b) Sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación: Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna cuya coordinadora es Marisa Zapata, a los teléfonos 0291- 154198280, o en Necochea y Láinez, (8000) Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (HOJA DE FIRMA - USUARIO)

He leído en forma completa la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación comprensible, clara y satisfactoria sobre la finalidad y la metodología de la investigación. Estoy conforme con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Entiendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la responsabilidad de informar mi decisión al investigador a cargo del estudio.

Firma del participante (usuario)

Lugar y fecha

Número de documento del participante (usuario)

El abajo firmante certifica que ha estado presente durante la explicación y obtención del consentimiento informado y que, a su leal saber y entender, el usuario que participará en este estudio de investigación recibió una explicación completa y detallada de la metodología del estudio y de su finalidad

Firma del testigo

Lugar y fecha

Número de documento del testigo

Firma del investigador que toma el consentimiento

Lugar y fecha

Número de documento del investigador

Nombre y apellido del investigador

Firma del fedatario

Lugar y fecha

Número de documento del fedatario

Nombre y apellido del fedatario

ANEXO 8

ENCUESTA sobre LACTANCIA MATERNA a MADRES en el área de INTERNACION CONJUNTA de un hospital público en Bahía Blanca, Pcia. de Buenos Aires

En el marco de la Tesis de Licenciatura de Inés Cruz:
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN EL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ PENNA DE BAHÍA BLANCA,
PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Universidad Nacional del Comahue, Viedma, Mayo 2019.

Los datos brindados son estrictamente confidenciales, y agradecemos su colaboración

Fecha de la Encuesta: _____

PARTE I – DATOS DE LA MADRE ENTREVISTADA

1.1. Edad (marcar con cruz el rango correspondiente)

18 a 24		25 a 30		31 a 35		36 +	
---------	--	---------	--	---------	--	------	--

1.2. Nacionalidad: _____

1.3. Localidad de residencia: _____

1.4. Estado Civil: _____

1.5. Pareja estable

Sí		No	
----	--	----	--

1.6. Nivel de escolaridad (marcar con una cruz según corresponda)

Sin estudios		Primario		Secundario		Terciario		Universitario	
--------------	--	----------	--	------------	--	-----------	--	---------------	--

1.7. Ocupación o situación laboral

Estudiante		Ama de casa		Empleada		Autónoma		Sin empleo	
------------	--	-------------	--	----------	--	----------	--	------------	--

1.8. Los ingresos mensuales, ¿cubren las necesidades básicas?

Sí		No	
----	--	----	--

1.9. ¿Posee obra social?

Sí		No	
----	--	----	--

1.10. Cantidad de hijos anteriores: _____

1.11. ¿Dio lactancia materna exclusiva por seis meses a sus hijos anteriores?

Sí		No	
----	--	----	--

En caso negativo, indicar brevemente el motivo:

PARTE II – RESPECTO A LOS CONTROLES PRENATALES

2.1. ¿Cuántos controles prenatales realizó? Marcar con una cruz e incluir el nombre del centro de salud donde lo realizó.

			SI	NO
Control 1		En este hospital		
Control 2		En este hospital		
Control 3		En este hospital		
Control 4		En este hospital		
Control 5		En este hospital		

Control 6		En este hospital		
-----------	--	------------------	--	--

2.2. En los controles prenatales, ¿le enseñaron sobre lactancia materna exclusiva?

Sí		No	
----	--	----	--

2.3. Indique qué le enseñaron, asesoraron o aconsejaron sobre lactancia materna exclusiva.

Importancia		Posturas	
Beneficios		Preparación de los pechos	
Tipos de leche		Frecuencia (lactancia a demanda)	

2.4. ¿Quién le proporcionó la información?

Médico		Enfermero		Asesor de lactancia	
--------	--	-----------	--	---------------------	--

2.5. ¿Recibió ayuda, consejo o asesoramiento en lactancia materna exclusiva de parte de alguien más durante su embarazo?

Pareja		Familiar		Otros	
--------	--	----------	--	-------	--

PARTE III – RESPECTO A LA INTERNACION CONJUNTA

3.1. ¿Cómo nació su bebé? (marcar con una cruz según corresponda)

Por parto natural		Por cesárea	
-------------------	--	-------------	--

3.2. ¿Cuánto pesó el bebé al nacer? _____

3.3. ¿Realizó el CoPaP?

Sí		No	
----	--	----	--

3.4. ¿Inició la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora desde el nacimiento del bebé?

Sí		No	
----	--	----	--

En caso negativo, brevemente indicar el motivo:

3.5. ¿Tiene alguna afección, dificultad, o impedimento que interfiera en la lactancia?

Sí		No	
----	--	----	--

En caso afirmativo, brevemente indicar cuál:

3.6. ¿Con qué frecuencia está amamantando a su bebé?

A demanda		Otro	
-----------	--	------	--

3.7. ¿Recibió apoyo, consejo y asesoramiento sobre la lactancia materna durante la internación?

Sí		No	
----	--	----	--

En caso de respuesta afirmativa, indique de quién.

Médico		Enfermero		Asesor de lactancia	
--------	--	-----------	--	---------------------	--

PARTE IV – RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LUEGO DEL ALTA DEL HOSPITAL

4.1. ¿Cuenta con apoyo familiar para continuar con la lactancia materna exclusiva por los próximos seis meses?

Sí		No	
----	--	----	--

4.2. Si Usted trabaja, ¿hasta cuándo se extiende su licencia laboral?

Por 1 mes		De 1 a 2 meses		De 2 a 3 meses		De 3 a 4 meses		De 4 a 5 meses		Por 6 meses	
-----------	--	----------------	--	----------------	--	----------------	--	----------------	--	-------------	--

4.3. Su lugar de trabajo o de estudio, ¿tiene un espacio donde pueda amamantar?

Sí		No	
----	--	----	--

PARTE V – ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA

	SI	NO
1 La lactancia materna exclusiva dura seis meses.		
2 La leche de fórmula es tan nutritiva como la leche materna para el crecimiento y desarrollo del niño durante los primeros seis meses.		
3 La lactancia materna exclusiva se debe realizar a libre demanda.		
4 La lactancia materna exclusiva brinda al niño seguridad y afecto.		
5 La práctica de la lactancia materna exclusiva genera una situación de apego entre madre e hijo.		
6 La lactancia materna exclusiva puede complementarse con jugos, agua, té y otros líquidos.		

PARTE VI - ENCUESTA DE CREENCIAS SOBRE LACTANCIA

	SI	NO
1 La leche materna es insuficiente y el niño se queda con hambre.		
2 La leche materna posee poco valor nutricional.		
3 Un madre con implantes no puede amamantar.		
4 La leche materna provoca cólicos en el niño.		
5 La lactancia materna arruina los pechos de la madre.		
6 La leche de fórmula es la mejor alternativa para las madres al regresar al trabajo o estudio.		