



Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud  
Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud

**Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén**

(Tesis)

Esteisy Adalí Castellanos Rivera

Guatemala, octubre 2020

**Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén**

(Tesis)

Esteisy Adalí Castellanos Rivera

Licda. Lisandra Maribel Bin García (Asesora)

M.A. Victoria de Jesús Villeda Recinos (Revisora)

Guatemala, octubre 2020

**Autoridades de la Universidad Panamericana**

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

**Rector**

Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González

**Vicerrectora Académica**

M.A. César Augusto Custodio Cobar

**Vicerrector Administrativo**

EMBA. Adolfo Noguera Bosque

**Secretaría General**

**Autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud**

Dr. Roberto Antonio Orozco Mejía

**Decano**

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

CARTA DE APROBACIÓN DE TEMA

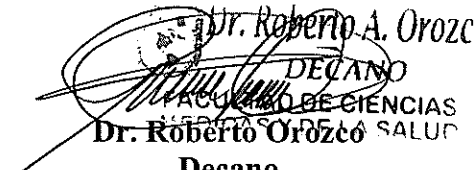
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD**

**ASUNTO: Castellanos Rivera Esteisy Adalí,**  
Estudiante de la **Licenciatura en**  
**Enfermería y Gestión de la Salud** de  
esta Facultad solicita autorización para  
realizar su **TESIS** para completar  
requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala trece de enero 2,020.

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de **Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud**, se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar el Trabajo de Tesis está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Castellanos Rivera Esteisy Adalí**, recibe la aprobación para realizar su Trabajo de Tesis.

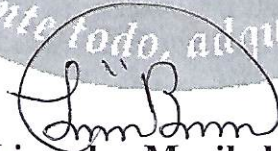
  
Dr. Roberto A. Orozco  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS  
MÉDICAS Y DE LA SALUD  
Dr. Roberto Orozco  
Decano

**Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD**

*Guatemala 01 de septiembre del dos mil veinte*

*En virtud de que la tesis con el tema: “Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén.” Presentado(a) por el(la) estudiante: **Castellanos Rivera Esteisy Adalí**, previo a optar al título de Licenciado(a) en Enfermería y Gestión de la Salud, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



**Licda. Lisandra Maribel Bin García**  
*Asesor*

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD**

*Guatemala 22 de septiembre del dos mil veinte.*

*En virtud de que la tesis con el tema: “Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén.” Presentado(a) por el(la) estudiante: **Castellanos Rivera Esteisy Adalí**, previo a optar al título de Licenciado(a) en Enfermería y Gestión de la Salud, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

*Vo. Villeda*

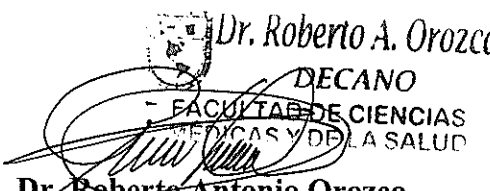
**M.A. Victoria Villeda Recinos**  
**Revisora**



**UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA**  
*"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"*

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD,**  
Guatemala a los un días del mes de octubre del año dos mil veinte.

En virtud de que la tesis con el tema: **“Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén”**, presentado(a) por el(la) estudiante: **Castellanos Rivera Esteisy Adalí**, previo a optar al grado de Licenciado(a) en *Enfermería y Gestión de la Salud*, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor y Revisor se autoriza la **impresión** del informe final de la Tesis.

  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS  
MÉDICAS Y DE LA SALUD  
**Dr. Roberto Antonio Orozco**  
Decano  
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

*“Nota: para efectos legales únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo”.*



## **Dedicatoria**

**A Dios:** Por su misericordia infinita y darme la sabiduría, Salud y fortaleza para culminar éste trascendental proceso de mi vida.

**A mis padres:** Por demostrarme que con el trabajo arduo los sueños se consiguen, por brindarme la oportunidad de recibir educación, por todo su esfuerzo, comprensión y apoyo incondicional; los amo, gracias por estar presentes siempre en cada etapa de mi vida.

**A mi esposo:** Por ser el pilar de nuestro hogar, por su paciencia, comprensión y apoyo durante mi proceso de formación.

**A mis hijos:** Por ser lo más sagrado que tengo en la vida, y ser el motivo para ser mejor cada día.

**A mis hermanos (a):** Que siempre estuvieron presentes brindándome su apoyo y comprensión.

**A la Universidad Panamericana de Guatemala:** Por abrirme las puertas y permitirme culminar mi carrera con éxito, mediante una formación integral, con ética y valores los cuales me permitirán realizarme como profesional.

**A la coordinadora de la carrera:** Licda. Lisandra Maribel Bin García, excelente profesional a la que le doy las gracias por el apoyo incondicional en mi proceso de formación.

**A mis Catedráticos (as):** Por instruirme en el proceso de profesionalización de manera eficaz y hoy pueden ver en mi un ejemplo de lo que han formado.

**A revisora de Tesis:** M.A. Victoria de Jesús Villeda Recinos, por su profesionalismo paciencia y dedicación para corregir y ajustar el trabajo de tesis.

**A mis compañeros/as:** Siempre guardaré en mi corazón los momentos que compartimos juntos en el transcurso de la carrera. Que Dios les permita tener una exitosa vida profesional.

# Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
<b>Capítulo 1</b>	<b>1</b>
<b>Marco conceptual</b>	<b>1</b>
1.1. Antecedentes del problema	1
1.2. Importancia del Problema	11
1.3. Planteamiento del problema	14
1.4. Alcances y límites del problema	14
<b>Capítulo 2</b>	<b>15</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>15</b>
2.1. Conocimiento	15
2.2 Embarazo	16
2.2.1 Primigesta	16
2.2.2. Riesgo durante el embarazo en Primigesta joven	18
2.2.3. Riesgo durante el embarazo en primigesta muy joven	19
2.2.4. Riesgo durante el embarazo en Primigesta añosa	21
2.2.5. Riesgo durante el embarazo en primigesta muy añosa	21
2.3. Apoyo emocional en el embarazo	23
2.3.1. Apoyo emocional en el puerperio	24
2.4. Liga de la leche Internacional	26
2.5. Situación de la lactancia materna en Guatemala	27
2.6. Semana Mundial de la Lactancia Materna	28
2.7. Leche materna	29
2.7.1. Cualidades inmunológicas de la leche materna	32
2.7.2. Lactancia materna	33

2.7.3. Lactancia Materna exclusiva	34
2.8. Alimentación Complementaria	36
2.9. Beneficios para la madre que ofrece la lactancia materna exclusiva	38
2.9.1. Lactancia materna a demanda	38
2.9.2. pasos para la lactancia materna exitosa	38
2.9.3. Los nuevos 10 pasos para una lactancia materna exitosa	39
2.10. Fisiología de la lactancia	40
2.10.1. Aportes nutricionales	41
2.10.2. Calorías	41
2.10.3. Proteínas	42
2.10.4. Carbohidratos	42
2.10.5. Lípidos	42
2.10.6. Vitaminas y minerales	43
2.10.7. Beneficios para el niño (a)	43
2.11. Técnicas para dar de lactar satisfactoriamente	46
2.11.1. Posiciones para el amamantamiento	47
2.11.1.1. La posición de cuna	47
2.11.1.2. La posición de cuna cruzada	47
2.11.1.3. La posición acostada de lado	48
2.11.1.4. La posición de canasto o pelota	48
2.11.1.5. Postura sentada / Posición estirado	48
2.11.1.6. Postura sentada / Posición caballito	49
2.11.1.7. Posición de sandía	49
2.11.1.8. Agarre del pecho de la madre	49
2.11.1.9. Signos de buena posición	50
2.11.1.10. Signos de buen agarre	50
2.11.1.11. Signos de buena succión	50
2.11.1.12. Factores que favorecen la posición correcta del niño al pecho	52
2.11.1.13. Signos y síntomas de un síndrome de posición inadecuada	52

2.12. Signos de un síndrome de confusión de pezón debido a la interferencia de chupetes y biberones	52
2.13. Duración de la lactancia materna	53
2.14. Extracción y almacenamiento de la leche materna	54
2.14.1. Métodos de extracción	54
2.15. Cuidados del pecho de la madre	55
2.15.1. Mastitis	57
2.15.2. Signos y síntomas de Mastitis	57
2.15.3. Cuando consultar con un médico	57
2.15.4. Causas	58
2.15.5. Factores de riesgo	58
2.15.6. Complicaciones	58
2.15.7. Prevención	59
2.16. Pezones planos/invertidos	59
2.17. Lactancia materna, labio leporino y fisura palatina	64
2.17.1. Labio leporino	64
2.17.2. Fisura palatina	64
2.17.3. La importancia de la integridad oral	64
2.17.4. Alimentación al recién nacido con labio leporino	64
2.17.5. Como se debe alimentar a un niño con fisura palatina	65
2.18. Biberones que se deben utilizar para la alimentación a niños con paladar	65
2.18.1 Mead-Johnson Cleft Nurse	65
2.18.2. Alimentador Haberman	66
2.19. VIH y alimentación del lactante	66
2.20. Lactancia materna en niños prematuros	67
2.21. La diabetes y la lactancia materna	67
2.21.1. La leche de las madres diabéticas	68
2.21.2. Ventajas de la lactancia materna para las madres diabéticas o que padecieron diabetes gestacional	68
2.22. Recomendaciones para la lactancia materna	69

2.22.1. Recomendaciones para la promoción de la lactancia materna	70
2.22.2. Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría para lactancia de recién nacidos sanos	70
2.23. COVID 19	71
2.23.1. Lactancia materna / COVID 19	72
2.24. Modelo de Atención de enfermería	73
2.24.1. Adopción del rol materno	73
2.25. Hospital Distrital Sayaxché Petén	77
<b>Capítulo 3</b>	
<b>Marco Metodológico</b>	84
3.1. Objetivos	84
3.1.1. Objetivo General	84
3.1.2. Objetivos específicos	84
3.2. Variable y su operacionalización	85
3.3. Población y muestra	89
3.4. Sujetos de estudio	89
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	89
3.5.1. Criterios de inclusión	89
3.5.2. Criterios de exclusión	89
3.6. Diseño de la investigación	89
3.7. Análisis estadístico	90
3.8. Aspectos ético legales	90
3.8.1. Derecho a la autodeterminación	91
3.8.2. Derecho a la intimidad	91
3.8.3. Derecho al anonimato y confidencialidad	91
3.8.4. Derecho al trato justo	92
3.8.5. Beneficencia	92
3.8.6. Consentimiento informado	92

<b>Capítulo 4</b>	
<b>Análisis y presentación de resultados</b>	94
<b>Conclusiones</b>	118
<b>Recomendaciones</b>	119
<b>Referencias</b>	120
<b>Anexos</b>	127
Anexo 1 Instrumentos	128
Anexo 2 Solicitud para realizar el estudio en la institución	134

## **Contenido de figuras**

Figura # 1 Teoría de adopción del rol materno	74
---	----

## **Contenido de tablas**

Tabla #1 Variable y su operacionalización	85
---	----

## **Contenido de gráficas**

Grafica # 1 Edad	97
Grafica # 2 Estado Civil	98
Grafica # 3 Grado de escolaridad	99
Grafica # 4 Ocupación	100
Grafica # 5 Con quién vive	101
Grafica # 6 A qué edad fue su primera menstruación	102
Grafica # 7 Considera usted que aparte de la leche materna que su hijo consume es necesario complementar con tomas de agua de azucar, anís, arroz o cebada.	103
Grafica # 8 Sabe usted a los cuantos días post parto se da la subida de la leche.	104
Grafica # 9 Ha recibido usted por parte del personal de salud charlas sobre la lactancia materna exclusiva	105
Grafica # 10 Cuenta usted con apoyo familiar durante su proceso de embarazo	106
Grafica # 11 Ha pensado en darle solo pecho al niño o niña	107
Grafica # 12 Hasta que edad considera usted que se le debe de dar el pecho exclusivamente a su hijo o hija	107
Grafica # 13 Cuales son las venatjas o beneficios de dar leche materna exclusiva para el niño o niña, para la mama y papá	109



Grafica # 14 Sabe usted que es el calostro	109
Grafica # 15 En qué le ayuda a usted el hecho de brindar lactancia materna exclusiva a su hijo o hija.	111
Grafica # 16 Que tipo de leche cree que es la mejor para su hijo o hija.	112
Grafica # 17 Cuando se debe de iniciar la lactancia materna.	113
Grafica # 18 Cada cuánto debe darle pecho a su hijo o hija.	114
Grafica # 19 Hasta que edad se debe de empezar a darle a su hijo o hija alimentos diferentes a la leche materna.	114
Grafica # 20 La primera leche que sale del pecho de la madre debe de darse al niño o niña	116
Grafica # 21 Considera usted que la formación del pezón durante el embarazo es importante para garantizar al niño o niña una lactancia materna exitosa.	116

## Resumen

La presente investigación titulada, “Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad, del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén”. El desarrollo de la investigación se realizó en los meses comprendidos de enero a mayo del año 2020. El capítulo 1, Marco conceptual se refiere a la revisión minuciosa de los indicadores asociados al problema que se está investigando y los estudios realizados con anterioridad sobre el mismo, contempla observaciones, experiencias de estudios anteriores con sus respectivas citas bibliográficas o e-gráficas, señala la importancia del problema.

Capítulo 2, marco teórico responde a la variable e indicadores del estudio, que están en relación con los objetivos específicos. Se argumenta con temas relacionados a leche materna es el alimento ideal para el ser humano, exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, por su alto valor nutritivo e inmunológico, se considera la primera vacuna que recibe el lactante. La lactancia materna exclusiva garantiza la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil asociado a las enfermedades diarreicas, respiratorias y nutricionales principalmente. Menciona el modelo que se aplica al estudio y las características de la Institución donde se realizó el estudio.

Capítulo 3, marco metodológico. El estudio es de tipo descriptivo incluyó a 15 madres primigestas como sujeto de estudio, para el logro de los objetivos que permitió identificar la realidad de conocimientos que poseen las madres sobre la lactancia materna exclusiva. Tipo de estudio es exploratorio, es empleado para identificar una problemática, por la naturaleza de los datos la metodología empleada es cuantitativa porque los datos fueron obtenidos en cantidades numéricas que permitieron recolectar, analizar y caracterizar el conjunto de datos con el objetivo de representarlos gráficamente, finalmente es de corte transversal. Asimismo, describe la operacionalización de las variables, el análisis estadístico y aspectos ético legales.

Capítulo 4, Análisis y presentación de resultados, la información recolectada se analizó de forma sistematizada, que parte de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, método que nos permitió la facilidad de la tabulación y análisis de los resultados. Finalmente describe conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

## **Introducción**

El tema desarrollado en la presente investigación radica en los conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad, del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén, estudio realizado durante los meses de enero a mayo del año 2020.

Con base a la encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI 2014-2015) en Guatemala sólo el 43.5% de los niños y niñas menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Para prueba de ello y efectividad en los resultados de nuestro proceso de estudio, se realiza un cuestionario con interrogantes precodificadas, abordando temas relevantes que a continuación se detallan, la liga de la leche internacional, situación de la lactancia materna en Guatemala, la semana mundial de la lactancia materna, que es leche materna, cualidades inmunológicas de la leche materna, lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, beneficios para la madre que ofrece lactancia materna exclusiva, lactancia materna a demanda, pasos para la lactancia materna exitosa.

Así mismo los nuevos 10 pasos para una lactancia materna exitosa, fisiología de la lactancia, aportes nutricionales y beneficios para el niño (a), técnicas para dar de lactar satisfactoriamente, posiciones para el amamantamiento; signos de un síndrome de confusión de pezón, duración de la lactancia materna, extracción y almacenamiento de la leche, cuidados del pecho de la madre, pezones planos/invertidos, labio leporino y fisura palatina, biberones que se deben utilizar para la alimentación a niños con paladar hendido, VIH y alimentación del lactante, lactancia materna en niños prematuros, diabetes y la lactancia materna, recomendaciones para la lactancia materna y del COVID 19.

El análisis y discusión de los resultados del estudio evidencian que la mayor parte de las madres primigestas oscilan en la edad de 10 a 20 años; edad en que las madres no ha logrado alcanzar en su totalidad el grado de madurez físico psíquico, por tanto es un factor determinantes en la toma de decisiones de brindar o no lactancia materna, principalmente por el desconocimiento de los beneficios que esta proporciona, el presente estudio se desarrolla con el fin de contrarrestar las deficiencias encontradas en relación a las buenas practicar de la lactancia materna exclusiva.

# Capítulo 1

## Marco conceptual

### 1.1. Antecedentes del problema

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), (Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud) (OPS/OMS Guatemala, 2010), certifica a "Hospitales amigos del niño" que promueven la lactancia materna. Los hospitales de Cobán, Alta Verapaz, Zacapa y Quiché, forman parte de los "Hospitales amigos del niño" los que promueven un ambiente propicio para la lactancia materna.

Asimismo, inaugura dos bancos de leche humana en esos centros Hospitalarios. Los bancos de leche son centros donde se recolecta y se conserva la leche de madres donantes, la cual se suministra a recién nacidos con bajo peso, o que no pueden ser amamantados por sus madres. En Guatemala ya existen estos centros en los hospitales Roosevelt y Antigua. (sp)

La OPS/OMS (2010), apoya al MSPAS con la dotación de equipo para los bancos de leche, la asistencia técnica, la capacitación de recursos humanos, el intercambio de experiencias con otros países (Brasil, Honduras, Ecuador) y reproducción de materiales. Además, OPS/OMS, señala que, hace un llamamiento a los hospitales y establecimientos sanitarios para garantizar que todas las madres y lactantes a los que asisten gocen de los beneficios plenos del amamantamiento.

Para ello se recomienda aplicar los "Diez pasos para una lactancia materna feliz", elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), como parte de la iniciativa "Hospitales amigos del niño" puesta en marcha en el año 1990. La OPS/OMS (2020) está reimpulsando esta iniciativa para procurar que los niños nazcan en ambientes que estimulen la lactancia materna. (sp)

En la región de las Américas, la proporción de recién nacidos que se alimenta con leche materna durante su primera hora de vida es menor al 50% en más de la mitad de los países que cuentan con

datos fiables. La práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida también es baja, se aplica en aproximadamente 8 a 64% de los recién nacidos. (sp)

(OPS/OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018), certifican a hospitales como amigos de la lactancia. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) certificaron a los Hospitales San Juan de Dios, Pedro de Betancourt, Huehuetenango, Melchor de Mencos y San Marcos, los Centros de Atención Integral de Salud Materna (CAIMI) de Cabricán, Huehuetenango y San Cristóbal, Alta Verapaz, así como los Centros de Atención Permanente (CAP) de San Gaspar Ixchel, Huehuetenango; Concepción Tatuapa y Tajumulco, San Marcos como “Amigos de la Lactancia Materna.”

Actualmente 152 países en el mundo han puesto en marcha esta iniciativa que aumenta las tasas de inicio del amamantamiento y la lactancia exclusivamente materna desde los servicios de salud. De acuerdo a la OPS/OMS, cada año, las vidas de más de 800 mil niños y 20 mil madres podrían salvarse si los niños fueran amamantados de manera adecuada. (sp)

OPS/OMS (2013), la semana mundial de la lactancia materna se lleva a cabo del 1 al 7 de agosto de cada año, se celebra en más de 120 países la Semana Mundial de la Lactancia Materna, destinada a fomentar la lactancia materna, o natural, y a mejorar la salud de los bebés de todo el mundo. Según la alianza mundial pro lactancia materna, coordinadora de los eventos, la lactancia natural es el mejor modo de proporcionar al recién nacido los nutrientes que necesita. La OMS la recomienda como modo exclusivo de alimentación hasta los seis meses de edad. Con la semana mundial se conmemora la Declaración de Innocenti, formulada por altos cargos de la OMS y el UNICEF en agosto de 1990 con el fin de proteger, promover y respaldar la lactancia materna. (sp)

(CALMA, 2013), sostiene que en el estudio “Análisis de las ventajas económicas de la lactancia materna para El Salvador” Existen una serie de factores que inciden en los bajos niveles de lactancia materna en El Salvador, factores relacionados a aspectos sociales y económicos, falta de educación e incumplimiento del marco normativo nacional e internacional que facilita y promueve la lactancia materna (LM). Entre estos factores se encuentran; la educación de los profesionales de la salud en el uso y prescripción adecuada de sucedáneos de leche y no en LM, promoción agresiva

por parte de las compañías en los medios de comunicación de la alimentación con sucedáneos de leche, y condiciones laborales y creciente contribución de las madres a la economía familiar (disponen de poco tiempo para el cuidado de sus hijos. (p. 9)

Alvarez, P. (2013), Estudió relacionado con el tema de investigación, para obtención del grado de maestría en salud pública. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas. Desarrollado en Santo Tomas de Ajusco México.

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado de nutrición. No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva (LME). Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas, sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas.

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios, sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus hijos por 6 meses. Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos.

En el estudio realizado por Motil, Kerts y Thotathuchery se reporta que no existen diferencias en la producción de leche entre madres adultas y adolescentes, pero los comportamientos en relación a la lactancia difieren significativamente, donde las últimas presentan una menor frecuencia de amamantamiento durante el día y una tendencia a la introducción temprana de fórmula láctea.

Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la LME se lleve a cabo exitosamente, algunos de ellos son la falta de apoyo a las madres en la casa, en el trabajo y en la

comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el niño, además la LME no es un comportamiento totalmente instintivo, existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

Por ello, instituciones como el Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven diversas acciones para fomentar el apoyo y la orientación a las madres, con el fin de asegurar la LME por los primeros 6 meses de vida y prevenir enfermedades y muertes en los menores de 5 años de edad. (p. 2)

Estudios diversos muestran diferentes tipos de intervenciones con resultados favorables en la práctica de la lactancia materna, donde las intervenciones educativas tempranas pueden incrementar la posibilidad de iniciar la alimentación al seno materno y continuarla de manera exclusiva. Por su parte, la mercadotecnia social en salud (MSS) permite, además de incrementar la conciencia sobre el tema.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2011-2012), entre los años 2006 y 2012, a nivel nacional, la LME en niños menores de 6 meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, siendo mayor en el medio rural, donde la reducción fue de 36.9% a 18.5%. Únicamente 38.3% de los niños son expuestos al seno en la primera hora de vida y la mediana de la duración de lactancia materna es de 10.2 meses. (p 3)

Yllescas, C. (2015), estudio relacionado con el tema de investigación, tesis de grado académico, Licenciatura en nutrición. “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en madres que se separan de su hijo por trabajo”. Ejecutado en Villa Nueva Guatemala. Señala que, según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil realizada durante el 2008-2009 independientemente de las características de las mujeres, un alto porcentaje de madres inician la lactancia materna. El porcentaje de infantes que alguna vez lactaron en todo el país es de 96%. Al revisar la distribución por regiones y departamentos, no existe mayor diferencia entre ellas, todas presentan porcentajes superiores a 90% en los niños y niñas que alguna vez lactaron.

Seis de cada diez infantes empezaron a lactar en la primera hora después del parto. Según las regiones, el menor porcentaje que lactan en la primera hora se observa en la región Metropolitana con el 47.3% y el mayor porcentaje es en la región Norte, con 62.5%. A nivel nacional, 79.2 de cada 100 niños y niñas que nacen vivos lactan en las primeras 24 horas después del parto. Se observan pequeñas diferencias en cada una de las regiones, pero los rangos oscilan de 71.8% en la región de Petén a 81.1% en la región Central.

Según el nivel de educación de la madre, el inicio de la lactancia materna en el primer día de vida, es mayor en las madres que no tienen educación (80.5%) en comparación con las que poseen educación superior (72.3%). A pesar de que el código de trabajo establece que toda trabajadora en época de lactancia puede disponer de media hora dos veces al día durante sus labores con el objetivo de alimentar a su hijo o hija o bien podrá entrar una hora después del inicio de la jornada o salir una hora antes de que ésta finalice durante diez meses, este tiempo no es suficiente para poder ofrecer una lactancia materna eficaz, siendo la lactancia materna fundamental para el desarrollo del infante. (p. 3)

Esta es una práctica que debe de promoverse, especialmente en las madres que tienen que separarse de su hijo por trabajo, ya que es un grupo vulnerable al abandono prematuro de dicha práctica. Cada día aumenta el número de madres que participan en el aporte económico de su núcleo familiar, por lo que se corre el riesgo de que las cifras del abandono de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del infante continúen aumentando.

Escalante, G. (2016), estudió relacionado con el tema de investigación, tesis de maestría en administración de servicios de Salud, Evaluación del proceso de implementación de bancos de leche humana en Guatemala. Ejecutado en Quetzaltenango, Guatemala.

Con base de la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI 2014-2015), en Guatemala sólo el 43.5% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), después de la leche materna de la propia madre, la leche donada es la mejor opción para alimentar al niño, en estos casos es posible recurrir a la solidaridad de otras madres quienes luego de extraerse leche para sus propios hijos, donan sus excedentes en forma gratuita a los Bancos



de Leche Humana (BLH) para que se distribuya entre otros niños y niñas y resguarde su calidad. Los Bancos de Leche Materna son necesarios, porque se ha reconocido la importancia de promover dentro de un hospital una alimentación que cumpla con los mayores estándares de calidad, identificando las necesidades de los niños/as, suministrando la leche humana que más se adapte a sus necesidades y no privar a los recién nacidos de las ventajas inmunológicas y nutricionales de la leche humana.

El MSPAS reportó que, en el 2012, se registraron 8,934 donantes y 3,768 lactantes en alto riesgo beneficiados. Sin embargo, la implementación de los Bancos de leche involucra una ardua labor, por tal motivo, se vio la importancia y necesidad de evaluar la situación actual del proceso de implementación de Bancos de leche Humana en Guatemala para obtener un proceso de estandarización. (p.16)

La teoría de adopción del rol maternal de Ramona Mercer se adapta al estudio; en artículo Osorio, D. (2013), señala que Ramona Mercer obtuvo en 1964 la licenciatura superior en enfermería Materno-Infantil en la Emory University y completo su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en 1973. Además de los numerosos premios recibidos, Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios, también ha publicado seis libros y seis capítulos de libros. Su investigación se centró en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto, madres de niños discapacitados y madres adolescentes.

La teoría de la adopción del rol maternal se basa en una amplia investigación sobre el tema a partir de 1960. Debido a la gran admiración de Mercer por su profesora y tutora, Reva Rubin, quien fue muy conocida por su trabajo en la definición y descripción del rol maternal como proceso de unión al niño. Mercer adoptó muchos de los conceptos de Rubín, también utilizó las teorías de rol y de desarrollo. Además, recurrió a otras teorías del rol, las cuales contribuyeron al desarrollo de su propia teoría.

Entre los conceptos principales y definiciones, Mercer afirma;

- Adopción del rol materno
- Identidad materna
- Percepción de la experiencia del nacimiento
- Autoestima
- Autoconcepto
- Flexibilidad
- Actitudes respecto a la crianza
- Estado de salud
  
- Ansiedad
- Depresión
- Tensión debida al rol
- Gratificación-satisfacción
- Unión
- Temperamento del niño
- Estado de salud del niño
- Características del niño
  
- Señales de los lactantes
- Familia
- Funcionamiento de la familia
- Padre o compañero
- Estrés
- Apoyo social
- Relación madre-padre

Metaparadigmas desarrollados en la teoría;

- Persona. La identidad o el Yo es independiente de los roles que se ejecutan. Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona. Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa.

- Cuidado o enfermería. corresponde a la responsabilidad de promover la salud de familias y niños. dinamismo basado en fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes lo requieren para alcanzar su nivel óptimo de salud. después de la valoración y el entorno del paciente, se identifican los objetivos con él, se le proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados al paciente incapaz de proporcionárselos el mismo. el tipo de ayuda y cuidado que una mujer recibe durante el embarazo y durante el primer año después del nacimiento puede tener efectos a largo plazo tanto en ella como en el niño.

Se deben tener en cuenta elementos de cuidado que pueden contribuir a mejorar la prestación de los servicios brindados, haciendo de la gestación, el parto y posparto una experiencia saludable y gratificante.

- Salud. corresponde a la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo. la salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según las creencias de los padres de la salud global. la salud es el objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. se debe prestar un sumo cuidado en la época de fecundidad y el proceso de crianza.

- Entorno. Corresponde al entorno ecológico en el que se desarrolla la adopción del rol materno. el desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen

los ambientes. el estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño.

La teoría de Mercer ha mostrado ser de vital importancia para la educación enfermera, ha sido un marco para los estudiantes mientras aprenden a planificar y proporcionar cuidados para padres en múltiples entornos. Esto ha llevado a que se le dé un uso determinado en distintas disciplinas, dado que relaciona la adopción del rol materno y paterno. Mercer durante su periodo de profesora realizo investigaciones en compañía de un estudiante de enfermería, lo que dio resultado al desarrollo de un instrumento de muy fiable y valido para medir las actitudes de las madres acerca de la experiencia del embarazo y el parto.

Se presentó un modelo que describe las 4 fases que se producen en la adopción del rol materno durante el primer año de maternidad;

- fase de recuperación física, que va del nacimiento al primer mes.
- fase de consecución, de los 2 a los 4 o 5 meses.
- fase de interrupción, que tiene lugar de los 6 a los 8 meses.
- fase de reorganización, del octavo mes al primer año de vida.

También hubo cambios del modelo y la adopción de las 4 fases descriptivas al proceso convertirse en madre;

- compromiso y preparación (embarazo)
  - consecución, practica y recuperación física (primeras 2 semanas).
  - normalización (segunda semana a 4 meses).
- 
- integración de la identidad maternal (aproximadamente 4 meses). (Tomey, A. y Raile Alligood, M., 2011, p. 408, 412)

Diaz, B., Mazariegos, Y., Maldonado, C., Penados, M. y Ico Coc, H. (2017), diagnóstico del cuidado de enfermería del departamento clínico del hospital distrital de Sayaxché, Petén. El Hospital Distrital de Sayaxché, Petén escenario en donde se desarrolla el presente estudio. Localizado en el

municipio del mismo nombre a una distancia 64 kilómetros de la cabecera departamental de Flores, Petén, área sur occidente del Departamento, con una población de 94,723 habitantes distribuidos en la cabecera Municipal y ciento ochenta aldeas y caseríos, con una extensión territorial de 3,094 Km 2.

Edificio que fue construido en el año de 1986, a razón del conflicto armado, y habilitado como Centro de Salud tipo “A”, implementado un área de encamamiento y sala de maternidad anexa, edificio que está estructurado de la siguiente manera; columnas de concreto, artesón de acero prefabricado techo de duralita cielo falso de duroport paredes externas de concreto y las paredes internas de tabla de yeso, su geometría es rectangular de 85x60 metros. En agosto de 1986, fue nombrado como el primer director del centro de salud tipo “A” el Doctor Samuel Vega Salgado.

Debido al crecimiento de la población y demanda, en respuesta a las gestiones fue autorizado elevarlo de la categoría de centro de salud tipo “A” a Hospital. El 3 de marzo de 1999, el Ministro de Salud Ing. Marco Tulio Sosa Ramírez mediante acuerdo Ministerial SP-M-276, acuerda elevar a categoría de Hospital, los servicios que se prestaban como centro de salud tipo “A” favorecían a los habitantes de Fray Bartolomé de la Casas, La Tinta, Sayaxché y Uspantan, Nebaj y Joyabaj.  
(p 9)

- Colindancias.

Norte; Municipio de la Libertad

Sur; Alta Verapaz,

Este; Municipio de Poptún;

Oeste, Estado Mexicano

El Hospital Distrital en su inicio contaba con apoyo de la república de Argentina una ONG llamada Médicos de Catástrofe (MEC) los cuales proporcionaban al Hospital, un cirujano, un pediatra y un técnico en anestesia, en el año 1999 se retiró la ONG médicos en catástrofe perdiéndose con esto nuevamente el recurso para la atención de cirugía general.

A partir del 2,002 hasta la fecha se cuenta con el apoyo de la cooperación Médica Cubana, en las siguientes especialidades pediatría, medicina interna, ginecología y cirugía, actualmente el nosocomio cuenta con un total de 23 médicos al servicio de la población, 4 de ellos de origen Cubano, 3 licenciadas en enfermería, 7 enfermeros/enfermeras profesionales, 69 auxiliares de enfermería, personal sanitario a cargo de salvaguardar la salud de la población demandante del municipio de Sayaxché, las Cruces, Libertad y Naranjo, municipios que pertenecen a nuestra área de afluencia, en menor porcentaje se le da cobertura a pacientes provenientes del Departamento de Alta Verapaz y del vecino país México, estos por ser aledaños al Municipio. (p. 10)

El servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché, Departamento de Petén, escenario en donde se desarrolla el actual estudio titulado, conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva, unidad que fue creada en el año 1986, desde entonces parte brindando servicios a toda la población.

## **1.2. Importancia del Problema**

Guatemala es un país multicultural, plurilingüe y multiétnico, con una intensidad de pobreza multidimensional en ambos sitios, rural y urbano, va de un 44 por ciento a un 50,8 por ciento, respectivamente, repercutiendo significativamente en la buena salud de sus habitantes, principalmente en la población vulnerable, niños menores de 5 años entre otros, por tanto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha implementado la estrategia de la ventana de los mil días con el fin de dar cobertura a esta población demandante, promoviendo como punto principal la lactancia materna.

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el MSPAS conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Por tanto, los niños amamantados con lactancia exclusiva tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos

importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas (OMS-*The Lancet*, 2000). Las consecuencias potenciales de las prácticas óptimas de lactancia materna son especialmente importantes en los países en desarrollo donde se registra una alta carga de enfermedad y un escaso acceso al agua potable y el saneamiento; lo que hace que sea de impacto para el niño, la madre y para la familia el hecho de dar lactancia materna exclusiva y el estudio es de beneficio para la institución, para el profesional de enfermería y para el personal de enfermería. (UNICEF, 2019, p. 3).

Paredes, E., Trujillo, L., Chavez, M., Romro, A., Leon, D., y Muñoz, G. (2017), La importancia de la atención prenatal durante el embarazo consiste en llevar a cabo el seguimiento de la evolución del mismo, con la finalidad de obtener una adecuada preparación para el parto, puerperio y cuidado del recién nacido, lo cual incluye la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. La atención a las mujeres durante la gestación tiene un enfoque integral, de educación, orientación y consejería, otorgados con calidad, calidez y respeto. La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños recién nacidos los nutrientes que necesitan para su crecimiento y desarrollo de forma sana.

La leche materna es un producto biológico esencial compuesto de carbohidratos, lípidos, proteínas, calcio, fósforo, vitaminas, elementos trazos, factores de crecimiento y hormonas, que favorece la digestión y mantiene hidratado al recién nacido. Se reconocen los beneficios que la lactancia materna tiene tanto para la madre como para el lactante, ya que esta práctica brinda los nutrientes requeridos por el lactante, lo protegen contra infecciones y otras enfermedades, y por ende se relaciona con niños más sanos.

En sí misma, el acto de la lactancia materna contribuye a la prevención de la mortalidad infantil atribuida a la desnutrición; para ello, es preciso promover e informar a las mujeres gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño. Una de las medidas es la consejería del profesional de la salud, mediante la cual se orienta y acompaña a la madre Primigesta durante el inicio de la lactancia materna y la exclusividad hasta los seis meses de edad del niño. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la

Infancia o UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad y la lactancia complementaria hasta los 2 años. (p. 2)

La secretaría de seguridad alimentaria y nutricional SESAN (2017) afirma, promover la lactancia materna como parte de la estrategia de la ventana de los mil días, la lactancia materna es vital para prevenir y reducir la desnutrición crónica, ya que disminuye en un 72% los ingresos de niños menores de 5 años a hospitales por diarreas y en un 57% por enfermedades respiratorias. Una buena nutrición es vital para un crecimiento y desarrollo óptimo, el hecho de brindar lactancia materna exclusiva aumenta en el niño el 3.4% su coeficiente intelectual formando adultos productivos a la sociedad, mientras que, en la madre, reduce el riesgo de padecer cáncer de mama. A nivel mundial, solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva (sp).

Diversos estudios muestran que los factores influyentes a que no se lleve a cabo una lactancia materna exclusiva se debe a diversas causas; madres trabajadoras, falta de apoyo de los parientes en este periodo vulnerable, molestias en las mamas (congestión mamaria, grieta en los pezones y en peor de los caso mastitis), miedo de la madre por los cambios físicos que esta práctica genera, las promociones intensivas de fórmulas infantiles que superan la promoción de la lactancia materna, desconocimiento de técnicas de extracción y almacenamiento de leche para madres trabajadoras. Factores determinantes que impactan el hecho de brindar lactancia materna exclusiva.

Identificar el conocimiento que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché Petén es nuestro objetivo principal, medio de diagnóstico que nos permite evidenciar que debido a los factores socioculturales, de pobreza y educación en nuestro Municipio las mujeres inician la etapa de la maternidad tempranamente, por ello es importante promover los beneficios de la lactancia materna en esta población vulnerable, para poder garantizar al recién nacido una nutrición adecuada desde su nacimiento. La información oportuna en temas de lactancia materna es una de las formas de contribuir a la salud y mejorar la calidad de vida de los niños y niñas menor de 5 años.



En la institución hasta el momento no se han documentado estudios que contribuyan a la búsqueda de deficiencias en las buenas prácticas de la lactancia materna exclusiva, por tanto, el estudio servirá como herramienta para el abordaje de los hallazgos encontrados.

La lactancia materna también contribuye a la salud de la madre inmediatamente después del parto, ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto. A corto plazo, la lactancia materna retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2 y el cáncer de mama, de útero y de ovario. Los estudios también han descubierto vínculos entre el cese temprano de la lactancia materna y la depresión posparto en las madres, de importancia el estudio que apoyen para reducir eventos que interfieren en la salud de la madre, pero que a largo plazo mejoran la salud. (UNICEF, 2019, p. 4)

### **1.3. Planteamiento del problema**

¿Cuáles son los conocimientos que poseen las madres primigestas, del servicio de maternidad sobre la lactancia materna exclusiva, del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén, durante los meses de enero a mayo 2020?

### **1.4. Alcances y límites del problema**

- 1.4.1. **Ámbito geográfico:** Sayaxché, Petén
- 1.4.2. **Ámbito institucional:** Hospital Distrital Sayaxché, Petén.
- 1.4.3. **Ámbito personal:** 15 pacientes primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén.
- 1.4.4. **Ámbito temporal:** De enero a mayo 2020

## **Capítulo 2**

### **Marco teórico**

#### **2.1. Conocimiento**

Rodríguez, L., Mancillas, T. y Barraza Castillo (2017), conocer lo define como averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas; lo cual eminentemente se vincula al contexto y a la comprensión del mismo mediante la construcción de una realidad individual y colectiva.

Mencionan que el conocer se puede entender como el "proceso a través de cual un individuo se hace consiente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad" además de ello mencionan que dentro del proceso del conocimiento se involucran cuatro elementos esenciales para que se realice tal cognición: el sujeto, el objeto, la operación y el resultado. Elementos que están interrelacionados de forma inherente y que como producto final se desarrolla la construcción de lo que se percibe y por tanto se considera real.

Consideran que el ser humano es un espectador parcial de los fenómenos, pues cualquier conocimiento de las cosas viene mediado por una serie de juicios de valor y expectativas recibidas de la tradición que determinan, orientan y limitan a la comprensión (p.3)

##### **2.1.1 Tipos de Conocimiento**

La diferencia entre el conocimiento empírico, el científico, el filosófico y el teológico está en cómo lo adquirimos.

- El conocimiento empírico también es llamado conocimiento popular, es el conocimiento adquirido mediante la observación y la interacción con el entorno. Es resultado de la experiencia propia y el sentido común y no de la comprobación científica. Este conocimiento no plantea un método para la observación del objeto, ni requiere comprobaciones sistemáticas para llegar a sus conclusiones. Esto lo hace un conocimiento falible e inexacto. Sin embargo, puede ser comprobado, pues se trata de cosas ligadas al día a día.

- El conocimiento científico comprende las informaciones y hechos que son comprobados por medio de la ciencia. El conocimiento científico está relacionado con la lógica y el pensamiento crítico y analítico. Es el conocimiento que tenemos sobre hechos analizados y verificados por un método, de modo que su veracidad o falsedad puede ser demostrada. Es un conocimiento fáctico y por eso también es falible y aproximadamente exacto, pues nuevas ideas pueden modificar teorías antes aceptadas.
- El conocimiento filosófico nace de las reflexiones que el ser humano hace sobre cuestiones subjetivas. Está basado en la reflexión y construcción de conceptos e ideas a partir del uso del raciocinio en busca del saber. El conocimiento filosófico surgió a partir de la capacidad del ser humano de reflexionar, principalmente sobre cuestiones subjetivas, inmateriales, conceptos e ideas. Como se trata de teorías que no pueden ser probadas, no es verificable y, por lo tanto, es infalible y exacto.
- El conocimiento teológico o religioso se sostiene en la fe religiosa y la considera fuente de la verdad absoluta. Se basa en la fe religiosa, y afirma que en ésta reside la verdad absoluta. A partir de un sistema organizado de creencias se explican los misterios que rondan la mente humana. No hay la necesidad de verificación científica para que determinada "verdad" sea aceptada bajo la óptica de este tipo de conocimiento. De este modo, el conocimiento teológico es infalible y exacto, pues se trata de una verdad sobrenatural. (Ciencia, 2016, sp)

## **2.2. Embarazo**

El embarazo - los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer - es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad.

Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado. La gestación es una de las mejores etapas en la vida de una mujer y de su familia. Por su estado, requiere de cuidados especiales frente a su alimentación,

descanso y condición de salud, de allí la importancia de los controles prenatales desde su inicio, que permiten monitorear el estado del feto y la madre. (Cortés, J., 2017, p. 1)

En el embarazo ocurren importantes cambios biológicos, somáticos, psicológicos y sociales que influyen en la dinámica psíquica individual, además de influir a su vez en las relaciones sociales de la gestante, la manera en la que ella vive esos cambios repercute de forma directa en su vivencia sobre la maternidad.

La duración de un embarazo humano es de aproximadamente unos 265 días de media. La definición de embarazo a término es aquella gestación comprendida entre las 37 semanas (259 días) y 42 semanas (294 días), ésta se calcula contando desde el primer día del último periodo menstrual, lo que hace que se cuente como comienzo del embarazo 2 semanas antes de la ovulación y casi 4 semanas antes de la implantación. El embarazo en vías de prolongación es aquel que va más allá de las 40 semanas (280 días) desde la fecha de la última regla y el post-término tendría una duración de más de 42 semanas (294 días) desde la fecha de última regla.

Durante el embarazo hay cambios en la mayoría de sistemas para producir una adaptación materna al mismo, como son la alteración en la capacidad y volumen pulmonar, modificaciones anatómicas en el aparato urinario, una adaptación del sistema cardiovascular y hemático que puede parecer patológico aunque realmente es fisiológico; o la acomodación del sistema digestivo y los cambios del sistema musculo-esquelético que producen una alteración de la postura y con ello causa frecuentemente lumbalgias al final del embarazo. Con todo esto también se producen unos cambios metabólicos en el que el más significativo es el aumento de peso y el estado diabetógeno de la gestante.

Aunque los mayores cambios ocurren en el aparato genital, sobre todo en el útero.<sup>4</sup> Las náuseas y vómitos constituyen la afectación más común en la primera mitad del embarazo. La calidad del sueño también puede estar alterada, relacionada con el aumento de la frecuencia urinaria o la sensación de dolor. (López, A., Linares, M. y López, D., 2015, p. 1)

### 2.2.1. Primigesta

La palabra "primigesta" está formada con raíces latinas y significa "mujer que está embarazada por primera vez". Sus componentes léxicos son; primus (primero) y gestare (llevar en la matriz, pensar y desarrollar un plan). Ver: otras raíces latinas, primípara, primicia y también gestación. (Diccionario, sf., p. 1)

Dentro de otros términos se mencionan;

- Paridad; nº de partos, feto de 22 semanas y con peso >500 gr.
- Nuligesta; ningún embarazo
- Primigesta; primer embarazo
- Nulípara; ningún parto
- Primípara; ha parido una vez por vía vaginal
- Multípara; ha parido más de una vez. (Ucha, F., 2008, p. 1)

### 2.2.2. Riesgo durante el embarazo en Primigesta joven

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Biblioteca Médica Nacional. Embarazo en Adolescencia, de la república de Cuba. Santana, A. (2018). El embarazo en edades tempranas constituye un problema social y de salud pública, de gran envergadura para la familia como célula fundamental de la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Dentro de este orden, los embarazos en la adolescencia constituyen uno de los riesgos principales de parto pretérmino, bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva del embarazo, muertes materno-fetales, aborto espontáneo, hemorragia genital, infecciones urinarias o vaginales, entre otros.

Asimismo, cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre las jóvenes de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. El

embarazo en la adolescencia supone además un impacto negativo sobre la condición educativa, económica y social de las jóvenes, quienes la mayoría de las veces se ven obligadas a abandonar sus estudios y quedar a expensas de la familia económicamente, o por el contrario deben insertarse de manera prematura en el ámbito laboral con el fin de satisfacer sus necesidades básicas, lo que limita sus oportunidades de superación y de trabajo futuras. De igual modo, esta situación representa también un reto para las familias, dado que las madres y padres de los adolescentes tendrán que asumir otros roles para los que tal vez no estén suficientemente preparados.

Así mismo el bajo nivel educacional y socioeconómico, la precocidad del inicio de la actividad sexual, la no utilización de métodos anticonceptivos, antecedentes maternos de embarazos en adolescentes y la falta de orientación sexual son algunos de los factores de riesgo para una gestación temprana. Cuba no queda exenta de esta problemática, a pesar de las estrategias del Sistema Nacional de Salud, de la alta cobertura de la atención médica, del desarrollo de diferentes programas dirigidos a los adolescentes y del nivel de instrucción medio de la población, aún se mantienen altas cifras de embarazos en la adolescencia, aunque su comportamiento es desigual en los diferentes territorios del país.

Esta tendencia alerta en la necesidad de insistir todavía más en las políticas, programas sociales y campañas sobre el tema, y propiciar la comunicación en el hogar, la escuela, el consultorio, la comunidad y los medios de difusión masiva. (p. 2)

### 2.2.3. Riesgo durante el embarazo en primigesta muy joven

Kollodge, R. (2013) Cuando una niña se queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y rara vez para bien. Puede terminar su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia.

Muchos países han adoptado la causa de prevenir el embarazo en adolescentes, en general, mediante medidas orientadas a modificar el comportamiento de las niñas. En esas intervenciones está implícita la creencia de que la niña es responsable de prevenir el embarazo y la presunción de que, si queda embarazada, es ella la que está en falta. Esa forma de abordar y concebir el tema es errónea porque no tiene en cuenta las circunstancias y las presiones sociales que conspiran contra las adolescentes y hacen que la maternidad sea un desenlace probable de su transición entre la niñez

y la edad adulta. Cuando obligan a una niña a casarse, por ejemplo, rara vez puede decidir si quiere quedarse embarazada, cuándo o con qué frecuencia.

Los esfuerzos, y los recursos, para prevenir el embarazo en adolescentes se suelen enfocar en niñas de 15 a 19 años. Sin embargo, las niñas más vulnerables, y las que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones o morir por el embarazo y el parto, tienen 14 años o menos. Este grupo de adolescentes más jóvenes no se suele tener en cuenta en las instituciones nacionales de salud, educación y desarrollo, o suele quedar fuera del alcance de estas instituciones, en general, porque estas niñas están en matrimonios forzados y no pueden asistir a la escuela ni acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. (p. 4)

Un embarazo puede tener consecuencias inmediatas y duraderas en la salud, la educación y el potencial de obtener ingresos de una niña. Y, en general, altera el curso de toda su vida. Cómo altere su vida dependerá en parte de la edad que tenga. (p. 6)

El riesgo de muerte materna en madres de menos de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores, y este grupo más joven también sufre tasas considerablemente más altas de fístulas obstétricas que las más grandes. Alrededor de 70.000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto. El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de adolescentes mayores en países en desarrollo. Las adolescentes que quedan embarazadas tienden a ser de hogares de ingresos más bajos y a tener una nutrición deficiente. (p. 7)

Los problemas de salud son más probables si la niña queda embarazada poco después de llegar a la pubertad. Las niñas que permanecen en la escuela más tiempo son menos proclives a quedar embarazadas. La educación prepara a las niñas para el trabajo y la subsistencia, mejora su autoestima y su posición en el hogar y en la comunidad, y les permite influir más en las decisiones que afectan su vida. La educación también reduce la probabilidad de matrimonio infantil y retrasa la maternidad, con lo cual, al final, los partos terminan siendo más saludables. El abandono de la escuela, por embarazo u otro motivo, puede poner en peligro las perspectivas económicas de la niña y puede excluirla de otras oportunidades en la vida. (p. 8)

#### 2.2.4. Riesgo durante el embarazo en Primigesta añosa

La maternidad para la mujer mayor de 35 años significa una elección de vida que surge a partir de una serie de factores determinantes, mezclas entre patrones tradicionales e ideas innovadoras de la sociedad respecto a la maternidad y al desarrollo de la mujer. Significa para ellas autonomía y libertad como mujeres íntegras. El miedo es un sentimiento inherente a la gestación, pero cuando se diagnostica alto riesgo obstétrico aumenta considerablemente y se asocia a daños en el feto o a su propia vida, esto implica para la enfermería actuar en el contexto de la educación y promoción de la salud pre-concepcional; brindar apoyo emocional y psicológico constante; y trabajar en equipo interdisciplinar en el cuidado prenatal.

La gestación es una experiencia que les atañe a muchas mujeres, sólo a partir de la vivencia cada mujer y cada familia gestante comprende las particularidades que conlleva tener su fisiología y psicología influida por una alteración de hormonas durante aproximadamente cuarenta semanas. En este periodo, ellas descubren alegrías, miedos y preocupaciones bajo el efecto de un coctel de sentimientos que embriaga la vida y que la cambiará para siempre.

La experiencia de la primigestación, enmarcada en el alto riesgo, significa entonces una oportunidad para sentir miedo, preocupación y redescubrirse a través de la experiencia de dar vida y cambio radical de vida en forma positiva pese a las dificultades que la madre pueda tener. (Lozano, R., y Hernández, M., 2016, p. 9)

#### 2.2.5. Riesgo durante el embarazo en primigesta muy añosa

Navarra (2009). El deseo de la mujer de tener un embarazo después de los 40 años se ha convertido en un auténtico fenómeno social. Desde mediados de la década de 1970, la edad de la maternidad no cesa de prolongarse en los países de nuestro entorno, pasando de una media de 24-25 años hace 25 años a 32-33 en la actualidad, lo que se explica por varias razones: progreso de las técnicas anticonceptivas, matrimonios tardíos, desarrollo de una carrera o segunda unión con una pareja a menudo más joven y sin hijos y, finalmente, desarrollo de técnicas de reproducción asistida que, junto con la donación de óvulos y embriones, han ampliado los límites de la maternidad.



En la población de mujeres gestantes mayores de 40 años hay que distinguir dos grupos: las primíparas mayores que han retrasado la edad de su primer embarazo de manera voluntaria o involuntaria y las grandes múltiparas. Mientras que las primíparas mayores sólo están expuestas a las complicaciones obstétricas relacionadas con la edad, en las múltiparas, a los riesgos relacionados con la edad se suman los relacionados con la multiparidad.

Las publicaciones más antiguas sobre los embarazos a los 40 años se referían a menudo a las múltiparas; sin embargo, a partir de la década de 1990 comenzaron a aparecer estudios muy tranquilizadores sobre primíparas procedentes de un medio social favorecido, aunque en un número relativamente limitado; a partir del año 2000 se han publicado informes de embarazos y partos de mujeres de 40 años o más cuyos resultados son tranquilizadores. Se explican en parte por la mejora de la vigilancia prenatal, pero también por la que las grandes múltiparas de bajo nivel socioeconómico están siendo sustituidas por las primíparas de mejor situación económica que han retrasado voluntariamente la edad de su primer embarazo.

El primer problema de estos embarazos de la cuarentena es su elevado índice de abortos espontáneos. Se calcula que el riesgo de aparición de una anomalía cromosómica es del 1,6% a los 38 años, del 2,21% a los 40 años y del 4% a los 42 años. La frecuencia de alteraciones cromosómicas entre los 40- 45 años es de un 3% en los recién nacidos vivos. La mitad de las anomalías cromosómicas imputables a la edad materna corresponden a trisomías 21.

Por otra parte los antecedentes ginecológicos de estas pacientes (miomas, sinequias o incontinencia cervical) explican los abortos espontáneos tardíos, que sólo en el 10-20% de los casos se deben a anomalías cromosómicas.

Casi todos los estudios demuestran un aumento de la frecuencia de la diabetes. La proporción de diabetes en el grupo de 40-44 años fue del 6,1% para las primíparas y del 6,4% para las múltiparas, en las mujeres de 30-34 años, la proporción fue del 3,5%.

La gran mayoría de los estudios recogen un aumento de la incidencia de la HTA durante el embarazo a partir de los 35 años, con cifras de un 15% en las de 40 años o más, siendo más frecuente en nulíparas que en múltiparas (sp)

### **2.3. Apoyo emocional en el embarazo**

Vida y Salud (2019). La noticia de que estás embarazada seguramente alegró a toda tu familia y a tus amigos. Aunque es algo que a cierto nivel es muy personal, también se convierte en una experiencia colectiva. Traer una nueva vida al mundo conlleva miles de cambios que pueden afectar tus emociones. Por eso es importante el apoyo que recibas de tus seres queridos en esta nueva etapa de tu vida. El querer compartir las noticias de tu embarazo es algo natural. Estarás pensando al ver que los resultados de tu prueba fueron positivos. Una nueva vida siempre es motivo de alegría, pero no podemos negar que también puede causarte cierta ansiedad y preocupación.

Si es la primera vez que eres mamá, te surgirán miles de preguntas que darán vueltas en tu cabeza.

- ¿Cómo puedo ser una buena mamá?
- ¿Qué pasará durante mi embarazo y cuando nazca mi bebé?
- ¿Cómo debo prepararme para el parto?
- ¿Qué puedo esperar de mi esposo o compañero?
- ¿Qué cambios sufrirá mi vida una vez que nazca mi niño?

Cualquiera que sea tu inquietud, no estás sola. Millones de mujeres en el mundo las tienen, pues traer una nueva vida al mundo es algo que implica mucha responsabilidad y compromiso. Por eso, es importante que durante tu embarazo te rodees de personas que pueden brindarte el apoyo emocional que necesitas. Las mujeres que ya han sido madres pueden ser ideales en esta etapa: tu mamá, tu abuela, tus hermanas o tus amigas sin duda te darán una mano, un abrazo y un consejo cuando más lo necesitas. Pero de la misma manera, tu esposo o compañero puede y debe apoyarte emocionalmente y estar involucrado en el embarazo. Después de todo, no es un asunto que sólo te afecta a ti.

Los hombres que van a ser padres se benefician también emocionalmente de informarse y participar en todo el proceso del embarazo. Si te sientes ansiosa y estresada de vez en cuando, o te preocupan las finanzas, el trabajo y cómo va a cambiar tu relación con tu pareja una vez que nazca tu hijo, no dejes de comunicar esto abiertamente. El diálogo es la única vía para que logres estar tranquila. Así que mantén todas las vías de comunicación abiertas.

No temas expresar tus ansiedades. Tu mamá es una gran aliada en este proceso de cambios en tu vida. Si no la tienes cerca, apóyate en otras figuras femeninas de tu familia que puedan brindarte el apoyo que necesitas en este momento tan vulnerable. Recuerda que hablar de lo que te preocupa trae un gran alivio y es indispensable para tu salud mental. Y por supuesto, tu salud mental es indispensable para que lleves un embarazo sano y feliz. Cuando te sientas ansiosa o con temores, respira profundo y analiza tus emociones. Muchas veces escribirlas puede ayudarte a verlas más claramente para luego comunicarlas.

Si te sientes sola, exprésalo. El embarazo es algo que ocurre dentro de tu cuerpo pero que afecta a toda la familia de una u otra forma. Vas a ver que cuando tengas a tu niño en brazos, todo va a cobrar sentido y las ansiedades se irán desvaneciendo gracias al apoyo que recibas y a la seguridad de que siguiendo tu instinto maternal, todo va a estar en armonía. Planear anticipadamente para la llegada del niño puede ser una buena idea para que en ese momento no te agobien situaciones externas a la maravilla de ser mamá. (sp)

### 2.3.1. Apoyo emocional en el puerperio

A lo largo de toda la maternidad, pero especialmente en el puerperio, la madre se enfrenta a una situación emocional intensa y nueva para ella. Asimismo, ha de responder a las necesidades afectivas de su hijo. Todo esto hace que necesite a otra persona que haga de sostén emocional de la madre. Antiguamente, la maternidad se vivía de una manera más colectiva que hoy en día en nuestra cultura. Las familias eran extensas, vivían en pequeños pueblos o en grupos amplios de personas que establecían entre sí una intensa red de apoyo social. Actualmente, sin embargo, la vida de las grandes ciudades hace que las personas lleven un ritmo cotidiano más individualista, más alejado del grupo, de la red de apoyo social.

Los horarios laborales, las grandes distancias hacen que muchas veces sea difícil el contacto cara a cara entre las personas. Esto se hace patente cuando una mujer da a luz y llega a su casa con su recién nacido. Pronto, el padre del niño tendrá que reincorporarse a su jornada laboral habitual y la madre quedará en casa con el niño. De esta manera, es muy frecuente que la madre pasa largos períodos de tiempo sola con el niño. Durante ellos, la madre ha de atender al niño, alimentarlo, sostenerlo emocionalmente, calmarlo, ayudarlo a dormir.

Así, la madre ha de dedicarse casi plenamente al niño, tanto física como emocionalmente. Esto puede suponer un desgaste intenso para la mujer. Presenta necesidades afectivas entre ellas; en general, se valora su autosuficiencia e independencia. Algunas, incluso, encuentran dificultad para pedir ayuda cuando la necesitan. Este valor es positivo, pero cuando la mujer se convierte en madre, es muy importante que sea consciente de que va a necesitar apoyo emocional.

Para poder dedicarse enteramente al niño, la madre necesita un sostén emocional. Esto es, una persona cercana a ella que le acompañe, le cuide, le anime, que confíe en ella y en su capacidad maternal y refuerce su confianza en sí misma. Esta persona que sostenga emocionalmente a la madre puede ser su pareja. Sin embargo, en ocasiones, la pareja no está disponible, preparada o capacitada para ofrecer este sostén. En estos casos se necesita otra persona sostenedora: la madre, la hermana, una amiga o un grupo de madre.

En cualquier caso, para que la reciente madre pueda responder a las necesidades físicas y emocionales del niño y de ella misma de una manera óptima, es necesario que disponga de apoyo emocional y acompañamiento. Las intensas emociones que la madre experimenta sobre el puerperio y la demanda afectiva y emocional del niño hacen que el acompañamiento emocional a la madre sea muy beneficioso.

Tomar conciencia de esta necesidad es importante para toda mujer que va a ser madre, pues le permitirá desenvolverse en el puerperio sostenida, acompañada, provista de apoyo. Todas las madres deberían disponer de estas personas sostenedoras a su alrededor durante el puerperio. Sin embargo, cuando la madre se encuentra sola con su hijo, sin este apoyo emocional tan necesario, la conexión emocional madre e hijo se verá dificultada, la lactancia puede verse afectada negativamente y la mujer sentirse desbordada en el cuidado de su hijo. En estos casos, es frecuente que aparezcan ciertos sentimientos de rechazo al niño y deseos de dejarlo al cuidado con otras personas por parte de la madre, como consecuencia del desbordamiento emocional. (Ventura, 2019, sp)

## **2.4. Liga de la leche Internacional**

Rivera, M. (2008), la Liga de la Leche Internacional (LLLI) es una organización sin fines de lucro, apolítica y sin ninguna afiliación religiosa. Fue fundada en 1956 para prestar ayuda a madres para entender las necesidades de sus hijos e hijas y para aprender a satisfacerlas del mejor modo posible. La Liga es una organización reconocida a nivel mundial como la máxima autoridad en apoyo madre a madre y lactancia materna<sup>5</sup> al afirmar que amamantar es lo mejor para el bebé y la madre. LLL está formada por una red<sup>6</sup> que incluye grupos en 67 países y 8,000 Líderes voluntarias que ayudan todos los meses a más de 100.000 madres.

Se estima que LLLI ha ayudado directamente a través de sus representantes y publicaciones a más de seis millones de madres durante los últimos 50 años. Las representantes de La Liga, las Líderes, son madres que han amamantado a sus propios hijos por lo menos un año y han recibido formación acerca de diferentes aspectos de la lactancia materna, técnicas de comunicación y otras herramientas de liderazgo. La información relacionada con temas médicos es revisada por una Junta de Consejo Profesional, formado por 42 profesionales, que funciona como organismo de consulta para cuestiones médicas relacionadas con la temática de lactancia materna y de evaluación para nuevas investigaciones científicas acerca de esa materia (p. 4)

Visión institucional. La visión de LLL es llegar con información y apoyo a todas las madres que deseen amamantar a sus hijos. LLL sabe de la gran cantidad de ventajas físicas, psicológicas y emocionales de la lactancia materna que la convierten en la mejor opción para el niño y la madre. Además, es la forma ideal de iniciar una buena relación entre los padres y el niño.

Misión institucional. Ayudar, alrededor del mundo, a todas las madres que quieren dar de mamar proporcionándoles información, ayuda y, apoyo madre a madre. Promover un mejor entendimiento de que la lactancia materna es un elemento importante para el desarrollo óptimo de la madre y del niño y la forma natural y efectiva de comprender y satisfacer todas las necesidades del niño.

Objetivo institucional. Promover la buena maternidad a través de la lactancia materna por medio de dar información y apoyo para que las madres tengan las herramientas y puedan tomar las mejores decisiones con relación a la alimentación y crianza de sus hijos.

Las Líderes de La Liga de la Leche (LLL) son mujeres voluntarias que mensualmente dirigen grupos para madres. La autora desempeña el cargo de Líder desde 1983 hasta la fecha. Además, imparte charlas para jóvenes en escuelas y colegios, también capacita a personal de salud en hospitales y centros de salud. Forma a comadronas y líderes comunitarias como Monitoras en Lactancia Materna. Brinda asesoría individual a las madres que solicitan ayuda por teléfono o a través de visitas domiciliarias.

En Guatemala LLLI inició un grupo para madres en la época del terremoto de 1976 y ha sido pionera al desarrollar un programa de capacitación para formar Monitoras en Lactancia Materna desde 1989 (p.5)

## **2.5. Situación de la lactancia materna en Guatemala**

(OPS/OMS y UNICEF, 2018) Certifican a hospitales como "Amigos de la lactancia materna" Guatemala, 4 de septiembre de 2018. Dichas organizaciones, certificaron a los Hospitales San Juan de Dios, Pedro de Betancourt, Huehuetenango, Melchor de Mencos y San Marcos, los Centros de Atención Integral de Salud Materna (CAIMI) de Cabricán, Huehuetenango y San Cristóbal, Alta Verapaz, así como los Centros de Atención Permanente (CAP) de San Gaspar Ixchil, Huehuetenango; Concepción Tatuapa y Tajumulco, San Marcos como "Amigos de la Lactancia Materna."

Esta certificación fue posible gracias al esfuerzo del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), por medio del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN) en coordinación con Promoción y Desarrollo de Hospitales, del Viceministerio de Hospitales y Desarrollo de Servicios del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), quienes han promovido la aplicación de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa que busca fomentar, proteger y apoyar

la lactancia materna en los servicios de maternidad, así como la aplicación de la iniciativa de Servicios Amigos de la Lactancia Materna (ISSALM).

Promueve el cumplimiento de la Ley de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna (Decreto Ley 66-83) y su reglamento (Acuerdo Gubernativo No. 841-87) de esta manera, cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Actualmente 152 países en el mundo han puesto en marcha esta iniciativa que aumenta las tasas de inicio del amamantamiento y la lactancia exclusivamente materna desde los servicios de salud. De acuerdo a la OPS/OMS, cada año, las vidas de más de 800 mil niños y 20 mil madres podrían salvarse si los niños fueran amamantados de manera adecuada. (sp)

## **2.6. Semana Mundial de la Lactancia Materna**

WABA (Alianza Mundial pro Lactancia Materna), es la entidad que trabaja conjuntamente con la Organización mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF y coordina cada año la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna (WEEK, 2018, sp)

(OPS/OMS 2020)"Apoyar la lactancia materna para un planeta más saludable" ha sido seleccionado por la Alianza Mundial para la Lactancia Materna (WABA) como el tema de este año para la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. El tema se centra en el impacto de la alimentación infantil en el medio ambiente/cambio climático y el imperativo de proteger, promover y apoyar la lactancia materna para salud del planeta y su gente.

Invertir en la lactancia materna puede salvar vidas infantiles y mejorar la salud, el desarrollo social y económico de individuos y naciones. Por lo tanto, debe crearse un entorno propicio para la lactancia materna, así como otras facetas de la alimentación de lactantes y niños pequeños. La protección, promoción y apoyo de la lactancia materna requieren acciones coordinadas durante los tiempos normales y quizás aún más durante las emergencias. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de abogar por la lactancia materna como una intervención de salud pública que salva vidas y previene infecciones y enfermedades en la población en general.

La Semana Mundial de la Lactancia Materna, que se celebra todos los años del 1 al 7 de agosto, es una campaña mundial coordinada por la Alianza Mundial para la Acción de Lactancia Materna (WABA, por sus siglas en inglés) para crear conciencia y estimular la acción sobre temas relacionados con la lactancia materna. La OPS se une a la comunidad mundial para apoyar los esfuerzos para fortalecer las medidas para proteger, promover y apoyar el derecho a la lactancia materna en toda la Región de las Américas (sp).

## **2.7. Leche materna**

(Shellhorn, C. y Valdés, V., 1995). La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas.

Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Se distinguen, la leche de pre término, el calostro, la leche de transición y la leche madura. El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión, deglución respiración. (p. 1)



Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño. Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez. El calostro, como la leche que lo sucede, actúa como moderador del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrada antes y después del nuevo nacimiento.

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4° y el 15° día postparto. Entre el 4° y el 6° día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche. Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, la variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento.

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado. La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. (p. 2)

Los principales componentes de la leche son; agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas. Agua la leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico. Proteínas Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de p La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente. (p. 3)

La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferro dependientes (E. Coli), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico.

Tiene efecto bacteriolítico contra Enterobacteriaceae y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades antiinflamatorias. Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales. La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción específica para la leche humana. Hidratos de carbono El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM). La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantiles mientras se alimentan con leche materna. De ahí que la mayoría de las personas presentan intolerancia a la lactosa después de la infancia. En los europeos y otras poblaciones persiste la enzima lactasa en los adultos, debido aparentemente a una adaptación metabólica.

La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central. La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el *Lactobacillus bifidus*, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. El crecimiento del *Lactobacillus* es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca.

De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector. Además de la lactosa, en la leche humana se han identificado más de 50 oligosacáridos de diferente estructura, muchos de los cuales contienen nitrógeno. Constituyen el 1,2% de la leche madura. Los componentes de estos azúcares complejos incluyen glucosa, galactosa, fructosa, n-acetilglucosamina y ácido siálico y representan una porción significativa del nitrógeno no proteico de la leche humana.

Las grasas es el componente más variable de la leche humana. Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos.

Hay fluctuaciones diurnas, que son dependientes de la frecuencia de las mamadas. También hay una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías. (p. 4)

### 2.7.1. Cualidades inmunológicas de la leche materna

(La Liga de la Leche, 2019). La leche materna es de gran complejidad biológica. Además de proteger activamente es inmunomoduladora, es decir, no sólo transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, sino que también estimula el desarrollo del propio sistema

inmune del lactante. Contiene además muchos componentes antiinflamatorios cuyo mecanismo de acción aún no se conoce. La protección se observa mejor durante la vida temprana y continúa en proporción a la frecuencia y duración de la lactancia materna. El calostro y la leche madura tienen componentes antiinfecciosos tanto humorales como celulares.

Componentes humorales. Son las inmunoglobulinas IgA, IgM, IgG, lisozima y otras enzimas, lactoferrina, factor bífido, interferón, gangliósidos, prostaglandinas y otras sustancias inmuno reguladoras. (p. 1)

### 2.7.2. Lactancia materna

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. (OMS, sf)

Lactancia Materna hecho mediante el cual una madre alimenta a su hijo a través de la provisión de su propia leche que ha sido producida en el interior de su cuerpo y que contiene todas las vitaminas y nutrientes esenciales para que el niño comience adecuadamente su proceso de desarrollo y crecimiento. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

El primer año de vida es una etapa fundamental en el desarrollo del niño porque en ella se produce el mayor crecimiento. Para que así sea, es preciso que la alimentación del niño se adecue a sus necesidades.

“El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa un 50% su talla. Paralelamente con ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años”. En este sentido, “la lactancia materna (LM) es reconocida como la forma óptima de alimentación temprana, por sus innumerables beneficios sobre la salud de las mujeres y los niños, tanto a corto como a largo plazo”.

Por añadidura, la lactancia tiene un efecto emocional significativo, ya que contribuye a consolidar el vínculo afectivo entre la madre y su hijo. El acto de amamantar le brinda al recién nacido una sensación de protección y seguridad en su adaptación al medio extrauterino. Y esto, a su vez, también incide en una lactancia más duradera; “Además de regularla temperatura del recién nacido y mejorar el vínculo con su madre esencial para la supervivencia de los recién nacidos, el contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido entre la madre y su hijo promueve el inicio temprano de la lactancia materna, y está relacionado con una duración más larga de la lactancia materna exclusiva.” (Martin, M., 2014, p. 15)

### 2.7.3. Lactancia Materna exclusiva

La OMS y el UNICEF recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al niño otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años.

La Academia Americana de Pediatría; recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, representa un derecho de los niños, las niñas y de sus madres, que trae aparejado un sinnúmero de beneficios, tanto para los propios niños, sus progenitoras y familias, como para los estados en los que residen. El amamantar garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales de los lactantes. Les 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.

En 2001, la OMS en estrecha colaboración con UNICEF, y con base en evidencia científica ampliamente respaldada, emite la recomendación internacional de promover y garantizar

condiciones para una lactancia materna exclusiva desde el instante del nacimiento y hasta los seis meses de edad. Paralelamente y desde hace ya más de treinta años, El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), la Declaración de Innocenti sobre la Protección.

Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna (1990), así como la Iniciativa Hospitales Amigos de la Infancia (1991), han venido llamando la atención de los estados y la opinión pública a nivel mundial sobre los beneficios de la lactancia materna, así como sobre los riesgos y costos en los que incurren familias y estados que no la promueven, la protegen y la difunden.

En 1991, OMS y UNICEF adoptaron la iniciativa de Hospital Amigo del Niño, un esfuerzo mundial para aumentar la incidencia y duración de la lactancia natural. Para convertirse en un amigo de los lactantes, el hospital debe contar con un comité de revisión externo que implante los diez pasos para el éxito de la lactancia natural, una directriz para el seguimiento de la madre y el lactante en el Hospital.

El tiempo que una mujer puede dar el pecho a su hijo depende de sus sentimientos personales y de su situación. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, pero puede continuar junto con otros alimentos, durante el primer año mientras lo deseen mutuamente la madre y su hijo. Algunas madres prefieren dar la lactancia materna mucho más, dejando que sea el niño quien decida cuando dejarlo. Cuando una madre decide destetar a su hijo el proceso debe ser gradual a lo largo de semanas. Inicialmente, se puede omitir una toma durante 3 o 4 días y después se puede omitir otra toma.

Este proceso continuo hasta que el niño reciba solo una toma al día, la cual es por lo regular la toma nocturna o a primera hora de la mañana. Finalmente, se suspenderá también esta última toma. El destete según este proceso gradual es más fácil para la madre, evitando la ingurgitación mamaria y también facilitando el transito del niño hacia su nueva rutina. (OMS, 2001, sp)

## 2.8. Alimentación Complementaria

Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios cuando el niño cumple los 6 meses o si son insuficientes, su crecimiento puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son;

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores).

Darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).

- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas; dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos. (Martin, M., 2014, p. 22)

La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las

enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas.

- Incidencia o intensidad de enfermedades que puede afectar al niño o niña;
- Meningitis bacteriana
- Bacteriemia
- Diarrea
- Infección de vías respiratorias
- Enterocolitis necrotizante
  
- Otitis media
- Infección de vías urinarias
- Sepsis tardía en lactantes pre termino
- Descenso de las tasas de;
- Síndrome de muerte súbita del lactante
- Diabetes tipo 1 y 2
- Linfoma
- Leucemia
  
- Enfermedad de Hodgkin
- Sobre peso y obesidad
- Hipercolesterolemia
- Alergias alimentarias
- Asma
- Desarrollo neuronal
- Mejora el rendimiento en los test de desarrollo cognitivo.
  
- Proporciona analgesia durante procedimientos dolorosos (punción en el talón en los recién nacidos).
- Favorece la unión madre e hijo (OMS, 2020, p. 1, 3)



## **2.9. Beneficios para la madre que ofrece la lactancia materna exclusiva**

- Disminuye la hemorragia post parto
- Involución uterina más rápido
- Disminuye la perdida menstrual
- Aumenta el intervalo entre hijos
- Recuperación más rápida del peso previo al embarazo
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario
- Posible descenso del riesgo de fractura de cadera y de osteoporosis después
- de la menopausia (OMS, 2001, sp)

### **2.9.1. Lactancia materna a demanda**

El niño no debe tener horarios para alimentarse, es él quien manda. Aunque haya tomado el pecho hace poco, puede haberse quedado con hambre o necesitar consuelo en el pecho. El estómago del niño no es como un vaso que se llena y debe esperarse 3 horas para que se vacíe y volver a ofrecerle.

Es increíble la capacidad de autorregulación que tiene el niño que mama. Lógicamente, no podemos saber la cantidad de leche que toma el lactante del pecho, además la consistencia de la leche de cada toma, e incluso la de cada pecho y cada lóbulo mamario, es diferente. Cuando necesita, pide, por tanto, la clave para una buena alimentación es ofrecerle el pecho a demanda, es decir siempre que lo pida. También durante la noche, es una práctica recomendada porque el niño puede tomar el pecho cuando lo necesite. Es importante además respetar el ritmo de la toma del niño, olvidarnos del reloj.

La consistencia de la leche no es la misma al principio que la final de la toma, por tanto debe ser él mismo quien decida cuando dejar de tomar. Lo hará cuando esté saciado. (Rovati, L., 2012, sp)

### **2.9.2. Pasos para la lactancia materna exitosa**

La OMS y UNICEF han presentado una nueva edición de su “Guía de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en los hospitales y centros de salud”, que incluye también una actualización de los 10 pasos para la lactancia materna exitosa publicadas en 1989. Aunque

amamantar es un acto natural, el inicio de la lactancia no siempre es fácil, hay que dar el pecho en una postura correcta y hasta que el niño empieza a mamar con más regularidad es habitual que aparezcan problemas de retención de leche e ingurgitación mamaria porque el pecho no se vacía adecuadamente. Las madres recientes necesitan apoyo y orientación de los profesionales que las atienden durante los primeros días de vida del niño, tanto en el hospital como en el centro de salud.

En la guía práctica que acaba de actualizar la OMS se anima a las madres primerizas a amamantar a sus hijos y se dan pautas a los profesionales sanitarios para poder apoyar la lactancia materna y que las mujeres no abandonen precozmente la lactancia porque piensan que no tienen suficiente leche o que su niño no engorda lo suficiente. La guía recuerda que las primeras horas y días de vida son cruciales para establecer una lactancia materna con éxito, y por lo tanto recomienda que la madre y el niño hagan contacto piel con piel nada más nacer (el piel con piel es posible incluso en caso de cesárea) y que no se les separe ni un momento, para facilitar la lactancia.

### 2.9.3. Los nuevos 10 pasos para una lactancia materna exitosa

La guía actualiza los 10 pasos para una lactancia materna exitosa publicados en 1989, para tener en cuenta también las necesidades de los bebés prematuros, recién nacido con bajo peso o con problemas de salud.

- Cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Asegurarse de que toda la plantilla del centro sanitario tiene el conocimiento y habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna.
- Informar sobre los beneficios de la lactancia materna a la mujer y sus familiares.
- Facilitar el contacto piel con piel entre la madre y el niño nada más nacer y animar a las madres a iniciar la lactancia tan pronto como sea posible después del parto.
- Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia y hacer frente a las dificultades.
- No dar al recién nacido ningún otro alimento diferente a la leche materna, salvo que se requiera por prescripción médica.
- Posibilitar que la madre y el niño estén juntos las 24 horas del día.
- Enseñar a las madres a detectar las señales que indican que su pequeño quiere mamar.

- Aconseje a las madres sobre el uso y los riesgos que tiene para el establecimiento de la lactancia materna usar biberones, tetinas y chupetes (no se debe ofrecer el chupete al niño hasta que la lactancia esté bien establecida porque la forma de succionar es diferente y confunde al recién nacido).
- Ofrecer asistencia y atención continua sobre la lactancia a los padres y sus hijos después del alta hospitalaria. (OMS, 2018, sp)

## **2.10. Fisiología de la lactancia**

Yllescas, C. (2015). El crecimiento de la glándula mamaria durante la menarquia y el embarazo la prepara para la lactancia. Los cambios hormonales aumentan mucho el tamaño de la mama, la areola y el pezón. En el embarazo, las hormonas que aumentan significativamente los conductos y alveolos influyen en el crecimiento de la mama. Al final del embarazo, los lóbulos del sistema alveolar se desarrollan al máximo y se pueden liberar pequeñas cantidades de calostro, un líquido lechoso claro y amarillo rico en anticuerpos, durante varias semanas antes de término y unos días después del parto.

Precisamente, después de parto se produce una caída rápida de las concentraciones circulantes de estrógenos y progesterona acompañados por un incremento rápido de la secreción de prolactina, estableciéndose la etapa de producción abundante de leche.

El estímulo habitual de la producción y la secreción de la leche es el amamantamiento. Los nervios subcutáneos de la areola envían un mensaje a través de la medula espinal hacia el hipotálamo, que a su vez transmite un mensaje hacia la hipófisis, donde se estimulan sus áreas tanto anterior como posterior. La prolactina de la hipófisis anterior estimula la producción de leche en las células alveolares. La oxitocina de la hipófisis posterior estimula la contracción de las células epiteliales de la glándula mamaria, provocando el movimiento de la leche a través de los conductos y senos lactíferos, un proceso que se conoce como producción del chorro de leche.

La oxitócica, hormona que libera la leche, responde a estímulos visuales, táctiles, olfatorios y auditivos, e incluso con tan solo pensar en el lactante. La secreción de oxitocina también se inhibe

por el dolor, el estrés emocional y físico, el cansancio y la ansiedad. Se cree que la liberación de adrenalina anula los efectos de oxitocina en las células epiteliales. Las mujeres que tienen diabetes están estresadas durante el parto y que retienen fragmentos de placenta, tienen riesgo de retraso en la producción de la leche, y se produce cuando los signos de lactogénesis están ausentes 72 horas después del parto. Se conoce como lactogénesis al proceso mediante el cual comienza la secreción láctea tras el parto. (p. 9)

Se puede producir entre las 24 horas y el 6º día del posparto y es consecuencia de la aparición de la hormona prolactina.

### 2.10.1. Aportes nutricionales

La lactancia supone una enorme exigencia nutricional, especialmente para la mujer queda el pecho a su lactante exclusivamente durante unos meses. Se aconseja aumentarla ingesta de la mayoría de los nutrientes. La producción de la leche se afecta principalmente por la frecuencia de la succión y por la hidratación de la madre. No obstante, la composición de la leche varía según la dieta de la madre. Por ejemplo, la composición de ácidos grasos de la leche materna refleja la dieta que se ingiere. Además, las concentraciones en la leche de selenio, yodo y algunas vitaminas liposolubles del grupo B reflejan la dieta de la madre.

La leche de madres malnutridas tiene niveles más bajos de varios nutrientes, lo que refleja los alimentos que puede comer. Los requerimientos de las mujeres lactantes incluyen las necesidades asociadas con la producción y secreción de leche, los cuales son calculados según el factor de eficiencia para convertir proteína dietética en proteínas de leche humana.

### 2.10.2. Calorías

La producción de la leche tiene una eficiencia del 80%, es decir que la producción de 100mL de leche, requiere un gasto de 85 kcal. Durante los primeros 6 meses de la lactancia la producción media de leche es de 750mL/día, con un intervalo de 550 a más de 1200mL/día. Como la producción depende de la frecuencia, la duración y la intensidad de la succión del lactante, los

lactantes que se alimentan bien podrían estimular la producción de volúmenes mayores de leche (p.10)

La ingesta diaria recomendada (IDR) de las calorías durante la lactancia es 330 kcal más durante los primeros 6 meses de lactancia y 400 kcal más durante los segundos meses de lactancia con respecto a lo recomendado para una mujer no embarazada. La mujer obesa o con sobre peso no requiere de las 330 o 400 kcal extras al día, ya que las reservas acumuladas durante el embarazo le proporcionan alrededor de 100 y 150 kcal/día que sirven como soporte durante los primeros meses de la lactancia. Durante los segundos 6 meses de lactancia, la producción cae a una media de 600mL/día. La mayoría de los lactantes también consumen ya alimentos.

### 2.10.3. Proteínas

La ingesta diaria recomendada en la lactancia se basa en la cantidad de leche producida. El factor de eficiencia asociado con la producción de leche se consideró de 47%, similar al depósito de proteína en mujeres adultas. Con esa base, la ingesta que se debe de adicionar es de 19 g/día de proteínas de alta calidad biológica y digestibilidad durante los primeros 6 meses y de 13 g/día a partir del sexto mes. A la hora de recomendar el consumo de proteínas es necesario aplicar el criterio clínico dependiendo del estado nutricional de la madre. Las mujeres con parto quirúrgico y las que llegan al embarazo en mal estado nutricional necesitan un mayor aporte de proteínas.

### 2.10.4. Carbohidratos

Se debe de tener un consumo entre 160 a 210 g/día de carbohidratos para asegurar el aporte de calorías suficientes en la dieta que proporcionen los volúmenes adecuados de leche, prevenir la acetonemia y mantener la glucemia apropiada durante la lactancia. (p. 11)

### 2.10.5. Lípidos

La cantidad y tipo de grasa de la leche materna refleja directamente la dieta de la madre. Los ajustes que se hagan en la dieta de la madre aumentan o disminuyen el contenido de ácidos grasos concretos. La restricción intensa de la ingesta calórica da lugar a la movilización de la grasa corporal y la leche producida tiene una composición de ácidos grasos que se parece a la grasa

contenida en los depósitos de la madre. No hay una ingesta diaria recomendada para el consumo de los lípidos totales durante la lactancia porque dependen de la cantidad de calorías que necesita la madre para mantener la producción de la leche. La leche materna contiene de 10 a 20 mg/dL de colesterol, que dan lugar a un consumo aproximado de 100 mg/día por el lactante. La cantidad de colesterol en la leche no refleja la dieta de la madre, pero disminuye con el tiempo a medida que progresa la lactancia.

#### 2.10.6. Vitaminas y minerales

El contenido de vitamina D de la leche está relacionado con la ingesta de vitamina D de la madre y con el grado de exposición al sol. La ingesta recomendada durante la lactancia es de 5 µg/día. El contenido de calcio de la leche materna no está relacionado con la ingesta y no existen datos convincentes de que el cambio de la densidad mineral ósea de la madre dependa de la ingesta de calcio. La pérdida del hueso materno durante la lactancia es del 3 al 7 %, el cual se recupera rápidamente después del destete. La ingesta de calcio en mujeres en edad fértil es de 1000 mg al día. La cantidad de yodo en la leche materna refleja la ingesta de la madre. El pescado y el marisco son una de las fuentes más ricas de yodo. (p. 12)

Los requerimientos de cinc durante la lactancia son mayores durante el embarazo. En el proceso de la lactancia el contenido de cinc de la leche materna cae de forma espectacular durante los primeros meses, de 2 a 3 mg de cinc al día a 1 mg/día en el tercer mes después del parto. La ingesta diaria recomendada de cinc durante la lactancia es de 12 a 14 mg/día. (p. 13)

#### 2.10.7. Beneficios para el niño (a)

El calostro no es leche mala, ni falsa, ni mucho menos, es fundamental para el niño. Está compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas, carbohidratos y otros componentes, conformando un líquido seroso. Poco a poco, el calostro se va volviendo más ligero y blanquecino, dando lugar a la leche. De modo que, hasta la subida de la leche, el niño no necesita ningún otro alimento. (Maldonado, L., 2019, sp).

La leche materna es el mejor alimento y la mejor fuente de nutrición para el lactante, especialmente durante los primeros 6 meses de vida. Se recomienda además que se extienda hasta los 2 años de vida, con la adecuada complementación de otros alimentos. La lactancia materna salva vidas, promueve un mejor desarrollo integral de los niños; disminuye el riesgo y la gravedad de enfermedades infecciosas, como diarrea, neumonía y otitis; disminuye el riesgo de muerte en los niños amamantados y actúa como un factor protector. Fortalece el vínculo madre-hijo, favoreciendo una estrecha interacción entre ambos.

Para la salud materna, la lactancia natural es un aporte fisiológico, porque culmina el ciclo reproductivo de la mujer, disminuye la pérdida sanguínea posparto y retarda el regreso de la fertilidad (lo que permite un intervalo adecuado para la recuperación de la madre y para que cada bebé reciba los cuidados maternos necesarios). También reduce la incidencia de cáncer de ovario y útero, y aumenta la autoestima materna. La leche materna tiene ventajas muy importantes;

Ventajas para el niño en los dos primeros años;

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.
- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo.
- La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

Ventajas para la mujer

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- La lactancia incrementa el vínculo entre la madre, el hijo y la familia.

Ventajas para la familia

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, tetinas, chupetes.
- La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.

Ventajas para el país

- Disminuye los gastos en salud.

Las madres que amamantan, contribuyen a que el país tenga niños más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos. La lactancia exclusiva con mamadas frecuentes es importante para estimular la producción óptima de leche, especialmente en las primeras semanas de vida. Se recomienda que el contacto del recién nacido con la madre e inicio de la lactancia sea dentro de la primera hora de vida, dado que la duración de la lactancia se asocia con la precocidad de este primer contacto.

La libre demanda con mamadas frecuentes facilita la producción más rápida de leche madura, menor frecuencia de procesos inflamatorios en el pezón, mayores ingestas y mejores patrones de crecimiento. Los recién nacidos y lactantes que reciben leche materna no necesitan aportes de líquidos extras (agua, suero glucosado o formulas) aunque la producción de leche sea escasa los primeros días.

La administración de los mismos se ha asociado con menor duración de la lactancia. Tal es la importancia de la lactancia materna que la misma se encuentra reconocida en tratados fundamentales como la Convención sobre los Derechos del Niño (cuyo artículo 24 habla sobre “la defensa de la lactancia y del derecho de amamantar y ser amamantado”), y en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, convenciones que tienen jerarquía constitucional en nuestro país, desde 1994. La lactancia materna es un importante reaseguro cuando las familias padecen situaciones de emergencia.

Las madres deben saber que cuando amamantan proveen la mejor alimentación y que su leche es de buena calidad, y que tienen derecho a la mejor alimentación y la sociedad la responsabilidad de brindársela. Cuanto más saludables estén las madres y sus niños, serán mucho menores los costos en la atención de la salud de una comunidad.

Por eso, hay que dar de mamar tan pronto nazca el niño y no es necesario darle pacha, ni agüitas, ni tecitos. Al darle aguas, té, o jugos en los primeros 6 meses aumenta el riesgo de diarreas y otras infecciones. (Martín, M., 2014, p. 18).



## **2.11. Técnicas para dar de lactar satisfactoriamente**

Yllescas, C., (2015). Expresa que, el lactante será puesto al pecho después del parto y se mantendrá la piel en contacto directo con la piel de la madre hasta que tenga lugar la primera toma. El calostro, la primera leche disponible después del parto, es más rica en proteínas y más pobre en grasa y carbohidratos que en la leche madura. El calostro aporta aproximadamente 20 kcal/30 g y es una fuente rica de anticuerpos para el lactante. En las 48 a 96 horas después del parto, las mamas se llenan más y se vuelven más firmes a medida que aumenta el volumen de la leche. (p. 13)

La lactancia materna es una habilidad aprendida tanto para la madre como para su hijo. Se necesita práctica, paciencia y perseverancia mientras la madre y el lactante se conocen el uno al otro. La madre debe adoptar una postura cómoda, para sostener bien al niño sujetando la porción inferior de su cabeza, cuello y hombros. Con el niño cerca de su cuerpo, la madre alinea el pezón cerca de la nariz. Cuando abre la boca, la madre le acerca a la mama, intentando que el pezón entre bien en la boca del niño (a). La barbilla deberá penetrar en la mama y la nariz también puede tocar. Se dejará al niño comer de la primera mama hasta que esté satisfecho, y después se le ofrecerá la segunda mama.

No se limitará el tiempo que este el niño al pecho ya que esto puede impedir el establecimiento de una lactancia satisfactoria.

Las mujeres que dan el pecho pueden tener una sensación de hormigueo en la mama que indica el reflejo del chorro de leche. A menudo se acompaña del goteo de leche de la otra mama y en ocasiones, en los primeros días después del parto, con calambres uterinos, sed y somnolencia. Puede tardarse un tiempo en que el reflejo del chorro este plenamente funcionarte y condicionado. Algunas mujeres no perciben nunca el reflejo del chorro de leche, pero la deglución del niño es un signo definitivo de que se ha producido.

Para retirar al niño de la mama, se introduce un dedo en la comisura de la boca del niño hasta que se rompa el vacío de la succión. De esta forma se evitarán daños en el pezón si es necesario terminar la toma. La necesidad de eructar depende de cada caso. Como la leche materna se digiere con mayor facilidad, los lactantes alimentados al pecho desean comer más a menudo y es frecuente que

hagan de 8 a 12 tomas al día. La hora de la toma se adapta perfectamente para establecer y mantener las estrechas relaciones madre-hijo. (p. 14)

### 2.11.1. Posiciones para el amamantamiento

Sentirse cómoda, si es una madre primeriza, es posible que amamantar a su recién nacido le parezca complicado hasta que tenga práctica. Pero un poco de preparación puede ayudarla a sentirse más cómoda.

Antes de comenzar a amamantar, observe su entorno. A muchas madres les gusta sentarse en una mecedora o en un sillón acogedor con apoyabrazos. Los escabeles y los almohadones pueden ofrecer más comodidad (pruebe los almohadones especiales para amamantar o los almohadones con apoyabrazos para amamantar en la cama). Para amamantar o alzar al niño, también es importante encontrar una posición cómoda para los dos. Estas son algunas de las posiciones comunes que puede tener en cuenta.

#### 2.11.1.1. La posición de cuna

Esta es la primera posición que muchas madres utilizan, con frecuencia poco después del nacimiento del niño. Para comenzar, sujete al niño entre los brazos, con la cabeza apoyada en el pliegue del brazo y la nariz del niño frente al pezón. Use la mano para sujetar las nalgas del niño. Gire al niño de costado, para que el abdomen del niño esté en contacto con el suyo. Después, alce al niño hasta su pecho. Puede sostenerse el pecho con la otra mano.

#### 2.11.1.2. La posición de cuna cruzada

Esta posición es similar a la de cuna, pero usted coloca los brazos en otra posición. En lugar de sostener la cabeza del niño en el pliegue del brazo, use la mano de ese brazo para sujetar su pecho. Con el otro brazo rodee la espalda del niño. Sostenga la cabeza, el cuello y el hombro del niño con la mano en la base de la cabeza del niño, con el pulgar y el índice a la altura de las orejas del niño. Al igual que en la posición de cuna, el abdomen del niño debe estar contra el suyo. Es posible que necesite colocar una almohada sobre su regazo para elevar al niño hasta el pezón.

La posición de cuna cruzada le permite tener más control sobre la prensión del niño (la forma en la que el niño agarra el pecho con la boca). Muchas mamás descubren que pueden lograr que el niño se agarre mejor con esta posición.

#### 2.11.1.3. La posición acostada de lado

Esta posición es cómoda para las madres que han tenido una cesárea porque el niño no presiona sobre el abdomen de la madre. Asegúrese de volver a poner al niño en la cuna o el moisés antes de quedarse dormida.

Comience por recostarse de costado con el niño a su lado mirando hacia usted. Debe colocar al niño de tal manera que la nariz le quede frente al pezón. Use el antebrazo para sujetar la espalda del niño o coloque una manta enrollada detrás del niño (a) para ayudar a acomodar al niño cerca de él y use el brazo para sostenerse la cabeza. Puede sujetar el pecho con la otra mano.

#### 2.11.1.4. La posición de canasto o pelota

Esta también es una buena posición para las madres con cesárea y también para las madres con senos grandes o que tienen niños pequeños. Las madres de mellizos que deseen amamantar a los niños al mismo tiempo también pueden optar por esta posición.

La posición de canasto o de pelota permite que los niños tomen leche más fácilmente. Esto también es bueno para las madres con un fuerte reflejo de eyección de la leche (o bajada de la leche).

Para lograr esta posición, coloque un cojín cerca de su cuerpo. Sostenga al niño boca arriba con el brazo. Use la palma de la mano del mismo brazo para sujetarle el cuello y acomode al niño para que el costado de su cuerpo quede junto al costado del suyo. Los pies y las piernas del niño deben quedar debajo de su brazo. A continuación, eleve al niño hasta el pecho.

#### 2.11.1.5. Postura sentada / Posición estirado

El niño estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.

#### 2.11.1.6. Postura sentada / Posición caballito

En esta posición el niño está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.

#### 2.11.1.7. Posición de sandía

Es una buena posición para después de una cesárea y para amamantar gemelos. Los pechos de la madre si producen suficiente leche para los 2 niños. Cuando sea posible la madre debe tratar de amamantarlos al mismo tiempo. Se recomiendan las siguientes posiciones: posición de sandía, cruzados enfrente, australiana o mixta. (Kids Health, 2017, sp)

#### 2.11.1.8. Agarre del pecho de la madre

Una vez que el recién nacido esté correctamente ubicado, asegúrese de que se agarre al pecho sea correctamente.

- Asegúrese de que el recién nacido tenga la boca bien abierta y de que haya bajado la lengua antes de agarrarse al pecho.
- Sujete el seno con la mano, colocando el pulgar en la parte superior y los otros cuatro dedos en la parte inferior, separando bien el pulgar de los demás dedos para que la boca del niño pueda abarcar el pezón y parte de la areola el círculo de piel que rodea al pezón para agarrarse bien.
- Deslice suavemente el pezón desde la mitad del labio inferior del niño hacia el mentón para inducirlo a abrir la boca.
- Cuando el recién nacido haya abierto bien la boca y bajado la lengua, acérquelo rápidamente al pecho. El recién nacido debe meterse en la boca tanta areola como sea posible y se debe ver una mayor parte de la areola sobre el labio superior que debajo del inferior.
- Asegúrese de que la nariz del recién nacido esté casi tocando su pecho (no apretada contra él), que tenga los labios orientados hacia fuera (o evertidos) y que usted pueda ver y oír tragar al niño. (Podrá saber si el recién nacido está tragando observando que se le mueve la mandíbula inferior e incluso la oreja y la sien).

- Cuando el recién nacido se agarre bien al pecho, es posible que sienta dolor durante 30 a 60 segundos (debido a que el recién nacido tira del pezón y la areola hacia el interior de la boca). Después, el dolor debería desaparecer. A continuación, cuando el recién nacido esté succionando, sentirá un tirón. Si continúa sintiendo dolor, interrumpa la toma momentáneamente y vuelva a colocar al niño en el pecho.

- El niño debe succionar cuatro o cinco veces y después hacer una pausa de 5 a 10 segundos. Su hijo incrementará la cantidad de succiones a medida que vaya aumentando la cantidad de leche que salga del pezón. Conforme vaya descendiendo el flujo de la leche, probablemente su niño cambiará el patrón de succión a tres o cuatro succiones seguidas, con pausas de más de 10 segundos. (KIDs, health, 2018, sp)

#### 2.11.1.9. Signos de buena posición

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

#### 2.11.1.10. Signos de buen agarre

- El mentón y la nariz del niño están cerca del pecho de la madre.
- Los labios del niño están evertidos, sobre todo el inferior bien doblado hacia abajo.
- La boca del niño está bien abierta.
- Se observa más areola por encima de la boca del niño que por debajo (agarre asimétrico).

#### 2.11.1.11. Signos de buena succión

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el recién nacido respira con normalidad sin

necesidad de interrumpir la succión. Si tu recién nacido realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien.

Lo normal es que si hay silencio ambiental puedas escuchar como traga durante unos minutos en cada toma mientras observas un movimiento mandibular amplio que denota que está tragando. Además, podrás ver que,

- La lengua del recién nacido está debajo de la areola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- Las mejillas no se hundén, sino que se ven redondas y llenas.

Tener en cuenta la posición del niño al pecho es uno de los aspectos que más influyen en el éxito de la lactancia. La lactancia materna es un proceso activo por parte de sus dos protagonistas, madre e hijo.

Por un lado, la leche no espera pacientemente en el pecho a que alguien la saque, sino que es empujada por la acción de una hormona, la oxitocina. El niño tampoco es pasivo, no espera con la boca abierta a que le caiga la leche que gotea sola, sino que tiene que hacer unos movimientos de succión determinados para obtener toda la leche que necesita. Para que todo este proceso sea óptimo, la posición y la succión del niño ha de ser correcta y la lengua tiene que tener total movilidad ya que pueden surgir problemas si el frenillo sublingual es corto. Ir alternando diversas posiciones facilita el correcto drenaje de todos los conductos del pecho y previene la aparición de obstrucciones y mastitis.

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

arrastran por si mismos hacia el pecho, localizan el pezón y maman de forma espontánea en posición correcta, en un momento variable entre unos 20 minutos y algo más de una hora después del parto.

#### 2.11.1.12. Factores que favorecen la posición correcta del niño al pecho

- Una buena información de la madre.
- El inicio temprano de la lactancia materna.
- Evitar el uso de chupetes y biberones para prevenir el síndrome de confusión de pezón.
- Apoyo profesional durante la estancia hospitalaria.

#### 2.11.1.13. Signos y síntomas de un síndrome de posición inadecuada

Mejillas hundidas, succión rápida y ruidosa, movimientos priorales.

- Dolor y grietas en los pezones.
- No soltar el pecho por sí mismo.
- Ingurgitación, a veces mastitis.
- Reflejo de eyección intenso y repetido.
- Atragantamiento, a veces rechazo del pecho.
- Vómitos y regurgitaciones.
- Escaso aumento de peso.

Toma frecuente y prolongada (las tomas de más de una hora que casi se empalman unas con otras, pueden ser normales en algunos niños de pocas semanas, pero también pueden ser indicio de mala posición, por lo que ante la duda es conveniente verificar la posición y la succión del niño).

### **2.12. Signos de síndrome de confusión de pezón debido a la interferencia de chupetes y biberones**

El niño se “pelea” con el pecho en algunas tomas, parece nervioso, confundido y acaba agarrándose correctamente después de un rato que parece que no lo consigue. Es posible que al principio lo haga solo en alguna toma, pero si la interferencia con tetina sigue lo normal es que acabe haciéndolo

en todas las tomas y que incluso en algunas no logre cogerse al pecho, hasta que deje de mamar por completo.

Cuando se agarra la boca del niño y está muy cerrada, solo es capaz de abarcar el pezón y no la areola. Y la posición y movimientos de la lengua difieren, el niño tiende a mover la lengua delante del pezón en vez de colocarla debajo. Algunos factores físicos, tanto por parte del niño (frenillo lingual corto, retrognatia) como de la madre (tamaño y orientación del pecho o el pezón) pueden dificultar un correcto agarre del niño al pecho. En algunos casos habrá que intervenir externamente (cortar el frenillo corto), en otros es posible que el problema solo se de en según qué posiciones. Si éste es el caso será cuestión de identificar qué posición es la más adecuada a ese binomio madre / hijo.

Los pezones planos o invertidos no tienen por qué ser un obstáculo para una correcta posición, ya que el niño mama de la areola, no del pezón. El uso de pezoneras puede ser útil en algunos casos difíciles en los que el niño es incapaz de agarrar el pecho de cualquier otro modo, pero también puede ser causa de otros problemas, como bajada de producción de leche, por lo que su uso ha de ser muy prudente.

Hacer “la pinza” o sea sujetar el pecho entre los dedos índice y corazón, puede ser factor de riesgo para una mala posición y succión, ya que impide al niño abarcar bien el pecho con la boca. También puede aumentar el riesgo de obstrucciones. Si hubiera que sujetar el pecho con una mano, mejor hacerlo con el pulgar y el índice colocados “en forma de C” arriba y debajo de la areola y sin comprimir el pecho. Reconducir una posición o succión inadecuada hasta conseguir una lactancia materna exitosa y satisfactoria es posible, con información, paciencia y apoyo adecuados. (Torras, E., 2013-2019, sp)

### **2.13. Duración de la lactancia materna**

Yllescas, C. (2015). El tiempo que una mujer puede dar el pecho a su hijo depende de sus sentimientos personales y de su situación. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, pero puede continuar junto con otros alimentos, durante el primer año mientras lo deseen mutuamente la madre y su hijo. Algunas madres prefieren dar la lactancia



materna mucho más, dejando que sea el niño quien decida cuando dejarlo. Cuando una madre decide destetar a su hijo el proceso debe ser gradual a lo largo de semanas. Inicialmente, se puede omitir una toma durante 3 o 4 días y después se puede omitir otra toma. Este proceso continuo hasta que el niño reciba solo una toma al día, la cual es por lo regular la toma nocturna o a primera hora de la mañana.

Finalmente, se suspenderá también esta última toma. El destete según este proceso gradual es más fácil para la madre, evitando la ingurgitación mamaria y también facilitando el tránsito del niño hacia su nueva rutina. ( p. 15)

## **2.14. Extracción y almacenamiento de la leche materna**

La leche materna puede extraerse para su uso posterior y ser utilizada cuando las circunstancias impidan que la madre esté con su hijo. Extraerse la leche, ya sea manualmente o con la ayuda de un sacaleches, requiere práctica y su efectividad tiende a aumentar con el tiempo. La clave para lograr extraerse la leche es conseguir duplicar el reflejo de eyección, es decir la salida de la leche. Esto se consigue visualizando al niño y propiciando un entorno íntimo y relajado. Se debe de escoger un sitio donde el riesgo de interrupciones sea mínimo (p.16)

### **2.14.1. Métodos de extracción**

La elección del método de extracción dependerá de las circunstancias de la separación y de la edad del niño. Y a pesar de que entre las propiedades de la leche humana está la de retrasar el crecimiento de bacterias, es importante observar unas mínimas normas de higiene como el lavado de manos y de los utensilios que se usen para la extracción, la recolección y el almacenamiento de la leche. La extracción puede hacerse de forma manual, o con la ayuda de un sacaleches. La técnica de extracción manual es utilizada para las separaciones ocasionales. Si la separación es prolongada como en el caso de las madres que trabajan fuera de casa, los niños prematuros, o aquellos que tienen que ser hospitalizados por cualquier otro almacenamiento de la leche humana.

Las recomendaciones actualizadas que la liga internacional de la leche les da a sus monitoras en salud. La siguiente información está basada en los últimos estudios y se aplica a madres que;

- Tienen niños sanos y nacidos a término
- Están almacenando su leche para uso en casa
- Se lavan las manos antes de extraerse la leche
- Usan recipientes que han sido lavados con agua caliente jabonosa y enjuagados.

Almacenamiento del calostro; a temperatura ambiente 27 - 32 °C de 12 a 24 horas.

Almacenamiento de la leche madura. A 15 °C por 24 horas

A 19 – 22 °C por 10 horas

A 25 °C de 4 a 8 horas

- Refrigerada entre 0 y 4 °C de 5 a 8 días
- En congelador dentro de la misma refrigeradora, por 2 semanas
- En congelador que es parte de la refrigeradora con puerta separada, de 3 – 4 Meses.
- En un congelador separado, tipo comercial con temperatura constante de -19 grados °C, por 6 meses o más.

Toda leche debe ser fechada antes de almacenarla. Si se va a congelar la leche se debe de descongelar y calentar bajo agua tibia corriente o sumergiéndola en un recipiente con agua tibia. Nunca se debe dejar hervir la leche. Se debe de agitar la leche antes de probar la temperatura. Nunca debe de usarse el horno microondas para calentar leche materna. Si la leche ha sido congelada y descongelada, se puede refrigerar hasta 24 horas para usarse después. No debe volver a congelarse. (p. 17)

## **2.15. Cuidados del pecho de la madre**

Mondello, G., (2013). Si la madre no le da de mamar desde el primer momento después del parto, es común que entre el segundo y el quinto día después del nacimiento la madre sienta los pechos hinchados, duros, calientes y con dolor. Más tarde, durante los meses de lactancia, si el niño no succiona bien o no está mamando con frecuencia, los pechos también se pueden congestionar. Para aliviar la congestión la madre debe ponerse paños de agua tibia en los pechos. Si la areola está

dura, para ablandarla la madre debe ordeñarse antes de poner el niño al pecho. También puede darse masajes suaves en forma circular. Con la mano. La madre necesita descansar y debe amamantar más seguido del pecho congestionado. (p. 31)

Debe asegurarse que el niño esté en buena posición (agarrando bien el pezón y parte de la areola). El dolor y las grietas en los pezones pueden suceder; porque el niño chupa solamente la punta del pezón, porque la madre se lava los pezones con jabón, limón, alcohol o agua boricada, lo cual produce resequedad y grietas. Las glándulas de Montgomery lubrican y mantienen limpios los pezones, por lo tanto, las madres no necesitan usar otros limpiadores o lubricantes. La madre no necesita lavarse los pezones antes o después de dar de mamar. El baño diario es suficiente y debe lavarse los pezones solamente con agua.

Si la madre tiene grietas en los pezones no necesita ponerse cremas ni otras medicinas. Estas no la aliviarán y pueden empeorar el dolor. Para ayudar a cicatrizar las grietas antes de la mamada se recomienda sacar unas gotas de leche, ponerlas sobre las grietas y dejarlas secar al aire libre durante unos 5 minutos. Al final de la mamada se recomienda sacar un poco de leche, para ponerla en la grieta del seno y dejarla secar. La madre debe exponer los pezones por unos minutos al aire libre y a la luz del sol por lo menos 2 veces al día.

A veces, en cualquier momento después del nacimiento, la madre puede sentir dolor, picazón y presentar grietas o enrojecimiento en la areola y en el pezón. Si el niño se siente incómodo y si tiene puntos blancos en la lengua y en las encías, se trata de moniliasis, mal de boca, sarro o algodoncillo. La madre debe ir al centro de salud y llevar al niño para que ambos reciban tratamiento médico (p. 32)

Ductos obstruidos. A veces a algunas madres se les obstruyen los conductos lactíferos y es común que aparezca un punto blanco o bultitos duros alrededor de los cuales se siente presión y dolor. Para aliviar el dolor la madre debe asegurarse que el niño está tomando bien el pecho y puede darse un masaje suave presionando el área dura y dolorosa mientras el niño está mamando. Si la obstrucción no desaparece con la lactancia y con los masajes, ésta puede convertirse en una infección del pecho o mastitis. Se recomienda que la madre se extraiga la leche manualmente (p.33)

### 2.15.1. Mastitis

La mastitis es una inflamación del tejido mamario que, a veces, conlleva una infección. La inflamación provoca dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento en los pechos. Es posible que también tengas fiebre y escalofríos. La mastitis comúnmente afecta a las mujeres que está amamantando (mastitis asociada con la lactancia). Pero esta puede ocurrir en las mujeres que no están en período de lactancia y en los hombres.

La mastitis asociada con la lactancia puede provocar que sientas que ya no tienes leche, lo que dificulta el cuidado del niño. A veces la mastitis puede ocasionar que la madre destete al niño antes de lo deseado. Pero continuar con la lactancia, incluso mientras se toman antibióticos para tratar la mastitis, es lo mejor para la madre y el niño.

### 2.15.2. Signos y síntomas de Mastitis

Pueden aparecer de forma repentina. Se incluir los siguientes;

- Sensibilidad en las mamas o sensación de calor al tacto
- Hinchazón de las mamas
- Engrosamiento del tejido mamario o un bulto en la mama
- Dolor o sensación de ardor de forma continua o durante la lactancia
- Enrojecimiento de la piel, a menudo en forma de cuña
- Sentir malestar general
- Fiebre

### 2.15.3. Cuando consultar con un médico

Consultar con el médico si se presentan síntomas en las mamas que preocupan.

#### 2.15.4. Causas

La leche que queda retenida en la mama es la causa principal de la mastitis. Otras causas incluyen las siguientes;

**Obstrucción del conducto mamario.** Si la mama no se vacía completamente en cada toma, se puede obstruir uno de los conductos mamarios. La obstrucción hace que la leche regrese, lo que genera una infección mamaria.

**Bacterias que ingresan en la mama.** Las bacterias de la superficie de la piel y de la boca del niño pueden ingresar en los conductos mamarios a través de una grieta en la piel del pezón o una abertura en el conducto mamario. La leche estancada en una mama que no se vacía se convierte en un caldo de cultivo para las bacterias.

#### 2.15.5. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de la mastitis se incluyen los siguientes;

- Episodio de mastitis anterior durante la lactancia
- Pezones lastimados o agrietados, aunque la mastitis se puede manifestar sin que la piel esté lastimada
- Uso de un sostén ajustado o presión que se ejerce en el pecho por usar el cinturón de seguridad o una cartera pesada que puede limitar la circulación de leche
- Técnica de lactancia inadecuada
- Cansancio o estrés excesivos
- Nutrición deficiente
- Tabaquismo

#### 2.15.6. Complicaciones

Una mastitis que no se trata adecuadamente o que se produce por un conducto bloqueado puede provocar una acumulación de pus (absceso) en la mama. Por lo general, un absceso requiere un drenaje quirúrgico.

### 2.15.7. Prevención

Minimiza las probabilidades de padecer mastitis al seguir estos consejos.

- Drena por completo la leche de los senos mientras amamantas.
- Permite que tu hijo vacíe por completo uno de los senos antes de cambiar al otro seno durante el amamantamiento.
- Cambia la posición que utilizas para amamantar entre una alimentación y otra.
- Asegúrate de que tu hijo se prenda de forma correcta durante el amamantamiento.
- Si fumas, pregúntale al médico sobre dejar de fumar. (Mayo Clinic, 2019, sp)

### 2.16. Pezones planos/invertidos

Marcos, I. (2013-2019). Los pezones planos o invertidos no deberían ser un problema para la lactancia pues los niños no maman del pezón sino del pecho. La mayoría de los pezones invertidos están rodeados de tejido suficientemente protráctil como para que el pezón protruya con la estimulación o la succión, y después de unos cuantos días de lactancia se mantengan hacia fuera incluso entre toma y toma.

La mayoría de mujeres con pezones invertidos no tienen problemas y pueden amamantar porque el pezón queda moldeado en la boca del niño durante la succión.

Los verdaderos pezones invertidos en los que los filamentos musculares que hacen salir el pezón no existen o son muy cortos son extremadamente raros y comportan serios problemas. El intento de amamantar o extraer leche provoca heridas y dolor importantes, ya que el pezón sale a costa de romper los tejidos internos. Incluso una madre muy motivada para amamantar puede tenerlo imposible. Durante mucho tiempo se ha recomendado a las madres con pezones planos o invertidos hacer algo durante el embarazo para que los pezones salieran y así no tener problemas para amamantar.

En 1995 en Reino Unido se hizo un estudio con 463 madres que tenían pezones planos o invertidos y se les dividió en tres grupos: Al primero le asignaron realizar los ejercicios de Hoffman 5 minutos cada día, que son estiramientos y rotaciones del pezón, durante el tercer trimestre de embarazo, al segundo utilizar también durante el tercer trimestre los escudos formadores de pezón y el tercer

grupo se le asignó no hacer nada. A las 6 semanas se entrevistaron a todas las madres y se contabilizó que en el primer grupo lactaba con éxito el 44 por ciento de ellas, en el segundo grupo el 45 por ciento y en el tercer grupo el 46 por ciento.

En Australia otro estudio con 300 madres con pezones invertidos o planos, a la mitad se le asignó realizar ejercicios de Hofman y a la otra mitad no hacer nada. No hubo diferencia en éxito de la lactancia en un grupo u otro pero un 10 por ciento de las madres que tenían asignado realizarse los ejercicios de Hofman no quisieron comenzar la lactancia materna, porque no soportaban hacerse eso y estaban convencidas que si no lo hacían no lograrían amamantar.

En cuanto al Nipplette, consiste en un dedal de plástico que se coloca en el pezón, se conecta a una jeringa de 2 cm y se hace el vacío, con lo que el pezón queda succionado dentro del dedal y se retira la jeringa. Los fabricantes sugieren que la mujer embarazada lleve el dedal puesto cada día un rato más hasta conseguir una hora al día. Es efectivo pero caro y sumamente molesto y doloroso. Más si pensamos que un bebé consigue el mismo efecto en unas horas o un par de días.

Además todos estos métodos están haciendo sentir a la madre que sus pechos no son válidos para la lactancia y predisponiéndola a fracasar.

Los pezones planos o invertidos no son en sí mismos un impedimento para la lactancia materna, aunque pueden llegar a serlo si se añaden otros factores de dificultad como;

- Inicio tardío de la lactancia (Después de las 2 primeras horas después del parto). Los recién nacidos a la hora de vida tienen todos los instintos a flor de piel, buscan el pecho y son capaces de mamar por sí solos, incluso de un pezón plano o invertido.
- Pasadas dos horas entran en periodo de letargia y duermen durante muchas horas. Intentar iniciar la lactancia materna en ese periodo y sobre todo después de haber recibido un chupete o biberón no suele salir bien.
- Lo primero que tiene en la boca el niño (a) crea impronta, es importante que haga impronta con el pecho, y si uno de los pezones es más plano o invertido que el otro mejor empezar con ese.

- Ofrecer biberones de leche de fórmula, sueros o chupetes. Porque no se parece en nada una tetina o chupete a un pezón plano o invertido.
- Uso de pezoneras, su uso retrasa el aprendizaje del niño (a) del mamar correctamente e impide el moldeamiento del pezón.

- Horarios estrictos que favorecen la ingurgitación. Una mama con pezón plano ingurgitada se convierte en una pelota, no hay por dónde agarrarse a mamar. Ideal prevenirla, pero si sucede ya sabemos lo que hacer (ver informe sobre la subida de la leche).

Ideas para lograr amamantar sin problemas cuando se tienen pezones planos o invertidos;

- Confía en tu capacidad para alimentar a tu hijo. Tus pechos son válidos.
- Infórmate durante el embarazo acudiendo al grupo de apoyo a la lactancia más cercano a tu localidad.
- Consigue un inicio precoz de la lactancia materna y aprovecha la etapa más reactiva del niño en el post-parto inmediato; las dos primeras horas.
- Como casi todos los pezones protruyen como reflejo al contacto o al frío, es buena idea estimular el pezón rotándolo un poco o mojarlo con un poco de agua fría justo antes de mamar al niño (a) . Se puede probar también a succionar con un sacaleches.

Pide asistencia profesional y apoyo durante las primeras tomas después del parto. Algunas sugerencias para la primera toma;

- Reclínate cómodamente y acerca tu hijo a tu cuerpo, colócalo sobre ti boca abajo y permite que busque tu pecho.
- A falta de pezón estimula con un dedo las comisuras del niño (a) para que abra la boca como si bostezara.
- Apuntando el pezón hacia el paladar de tu hijo e introduce el pecho en su boca, sujetándolo por detrás de la areola.



- Una vez el niño se ha agarrado, mantén la sujeción hasta que haya succionado un par de veces y se haya creado el vacío suficiente para que el pezón quede situado tras el paladar y el pecho no se escape.
- No es necesario echar leche de fórmula para estimular la habilidad del niño, pues simplemente presionando con el índice y el pulgar por detrás de la areola saldrán unas gotas de calostro.
- Importante no crear interferencias ofreciendo chupetes, tetinas o pezoneras. No se parece en nada la técnica de succión de un pecho a la técnica de succión de dichos objetos. Al niño le crearía confusión y retrasaría el momento en que mamaría bien por primera vez. En el caso de que ya hubiera empezado podría conducir a rechazo del pecho.
- La mayoría de los casos no es necesario usar pezoneras, solo si no conseguimos que se agarre al pecho de ninguna manera pueden ser una solución temporal. (sp)

Burgos, R. (2016). Sostiene que, lo primero que tienes que saber es que los pezones planos o invertidos no contraindican la lactancia, aunque sí la dificultan, sobre todo en los inicios. Lo importante no es el aspecto del pezón ya que no juegan un gran papel en la lactancia. El niño (a) no succiona del pezón sino de la areola que presiona con la lengua para extraer la leche.

Las variaciones del pezón, como el pezón plano o invertido, no necesariamente constituyen un problema de lactancia. La dificultad está en la creencia de que impiden la lactancia ya que el acople correcto es al pecho, de manera profunda y no sólo del pezón. Sin embargo, existe una creencia arraigada de que sus características determinan el éxito o fracaso de la lactancia. Es importante destacar que el aspecto del pezón cuando no está en la boca del niño(a) no puede siempre predecir cómo funcionará durante el acople. En la mayoría de los casos, un buen acople es suficiente para que el niño pueda tomar de forma directa del pecho de su madre.

Las madres con estas variaciones del pezón reciben ideas erróneas acerca de cómo el desarrollo del pezón puede afectar su lactancia. Es fundamental que no reciban mensajes negativos y que la aproximación del equipo de salud sea prudente y cercana, de manera de no mermar la confianza de las madres en su capacidad de amamantar. (sp)

(Alba Lactancia, 2008). Sostiene que tradicionalmente a las mujeres con pezones planos o invertidos se les ha recomendado dos tipos de tratamiento: los ejercicios de Hoffman o el uso de escudos formadores. Aunque es posible que, ocasionalmente, a alguna mujer le hayan sido útiles estos tratamientos, intentar solucionar los problemas con métodos cuya eficacia real no ha sido demostrada comporta ciertos riesgos.

Los ejercicios de Hoffman consisten en coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios, mantenidos durante unos segundos. Al principio pueden repetirse dos veces al día, posteriormente la frecuencia puede incrementarse. Sin embargo, la literatura obstétrica abunda en artículos sobre los riesgos de estimular los pezones y, en consecuencia, la producción de oxitocina, lo que puede dar lugar a una amenaza de parto prematuro en algunas mujeres embarazadas.

Además, estos ejercicios pueden dañar la areola y la expresión prenatal de calostro puede producir casos de mastitis durante el embarazo. También hay testimonios de madres que rechazaron la lactancia materna para no tener que hacer los "ejercicios", convencidas de que sin ellos no lograrían amamantar.

Los escudos formadores, de varias formas y diseños, se componen básicamente de un anillo interior que se adapta sobre la areola y el pezón protuye por el orificio central. El anillo está cubierto por una cúpula y el conjunto se lleva dentro de un sujetador bien ajustado. En la cúpula de plástico hay pequeños orificios de aireación para evitar la maceración de la piel.

Por último, existe una solución quirúrgica para el pezón invertido. Dependiendo de la severidad, el pezón invertido se clasifica en tres grados;

- Grado I: La inversión es corregida simplemente con la manipulación.
- Grado II: La inversión es corregida simplemente con la manipulación, pero la recurrencia de la inversión es frecuente.
- Grado III: La inversión no puede ser corregida sin procedimiento quirúrgico. Dependiendo de la edad es aconsejable que, en el procedimiento quirúrgico para resolver el pezón invertido, se preserve el conducto galactóforo (para en un futuro poder amamantar). Por otro lado, el

procedimiento quirúrgico debe ser el adecuado para evitar la recurrencia de la inversión del pezón.(sp)

## **2.17. Lactancia materna, labio leporino y fisura palatina**

### **2.17.1. Labio leporino**

Se denomina labio leporino, o fisura labial, al defecto congénito consistente en una hendidura o separación en el labio superior. Puede ser lateral, afecta a una parte del labio, o bilateral, afecta a ambos lados de los labios.

### **2.17.2. Fisura palatina**

La fisura palatina también es un defecto congénito que afecta al paladar de los recién nacidos, que no se ha fusionado correctamente durante la gestación. Los recién nacidos con fisura palatina tienen problemas con la alimentación porque la anatomía normal de la cavidad oral se ve alterada.

### **2.17.3. La importancia de la integridad oral**

Para succionar el niño coloca el pezón en la boca y sella con sus labios alrededor de éste. Cuando el bebé succiona y deglute la leche materna, el velo del paladar se eleva, cerrando la cavidad nasal. Esto genera una presión negativa que mantiene el pezón dentro de la boca y la leche materna es extraída de los conductos junto con la ayuda de la lengua.

Cuando existe un labio leporino junto a una fisura palatina, puede ser difícil para el bebé realizar un buen sellado alrededor del pezón. No podrá cerrar la cavidad nasal y la succión a veces es imposible de conseguir ya que el reflejo de succión se sitúa unos milímetros antes de la unión del paladar blando y duro.

### **2.17.4. Alimentación al recién nacido con labio leporino**

Los niños con labio leporino habitualmente pueden ser amamantados. Puede que sus madres necesiten durante los primeros días ayuda de asesoras, enfermeras o especialistas en alimentación infantil, para asegurar que el niño puede obtener un sello hermético alrededor del pezón y para reforzar su confianza en su capacidad para conseguirlo. Habitualmente en pocas semanas las madres se convierten en grandes expertas en la alimentación de su hijo. Cuando el niño se dispone

a mamar, el tejido del pecho materno durante el agarre consigue cerrar el defecto permitiendo así que el bebé realice un sello hermético y pueda extraer la leche del pecho.

En ocasiones y dependiendo del defecto y su localización puede ser necesario que la madre se ayude con sus dedos, agarrando el pecho y tapando el defecto, para conseguirlo. La mejor postura para alimentar al niño suelen ser las posturas donde el niño está erguido o semi erguido. Estas posturas permiten a las madres sostener el pecho y al niño con más firmeza, además el niño puede regular mejor la succión y la leche que ingiere.

#### 2.17.5. Como se debe alimentar a un niño con fisura palatina

Los niños con fisura palatina pueden necesitar biberones especiales y técnicas para alimentarse adecuadamente ya que no siempre es posible amamantarlos porque la cavidad oral del niño y la cavidad nasal están unidas, lo que no permite, en primer lugar, que el niño consiga realizar un vacío intraoral correcto, lo que es decisivo para poder extraer la leche del pecho.

En segundo lugar, es posible que el niño carezca del reflejo de succión. El reflejo de succión se pone en funcionamiento cuando es estimulado el punto de succión que se encuentra en el paladar del niño, y en el caso de los bebés con fisura palatina, y dependiendo de la ubicación del defecto, pueden carecer de lo que causa que el bebé no sepa succionar. Es común que las madres, bajo estas circunstancias, sienten una gran tristeza por la pérdida de la experiencia de amamantar a sus hijos, por eso es importante ayudarlas a mantener la cercanía con sus hijos.

### **2.18. Biberones que se deben utilizar para la alimentación a niños con paladar hendido**

Los biberones que más se recomiendan son dos.

#### 2.18.1 Mead-Johnson Cleft Nurse

Es un biberón muy económico, una botella suave que la madre puede apretar para ir depositando leche en la boca del niño. Antes de usarlo lo por primera vez, hay que poner un poco de agua en el

biberón y ensayar cómo exprimir el líquido fuera de la tetina. Esto ayuda a tener una idea de cuán firme se necesita apretar. Al apretar la botella, el líquido debe fluir fácilmente, pero no demasiado rápido para evitar que el niño se atragante o que no sea capaz de gestionar con comodidad la ingesta de leche.

Sólo se debe apretar cuando el niño está succionando. Si el niño hace una pausa para respirar, se debe hacer una pausa también. Observando siempre al niño de cerca y escuchando los sonidos de su deglución.

### 2.18.2. Alimentador Haberman

El modelo Haberman funciona bien para los niños que son pequeños o prematuros, o que tienen solo fisura palatina. Tiene una válvula “anti escape” que mantiene la leche en el biberón, y el flujo de leche se puede ajustar girando la tetina. El niño puede obtener la leche mediante la compresión de la tetina contra la encía o la lengua. Muchos niños pueden obtener la leche de este alimentador por sí mismos y pueden controlar el flujo de la leche, y es menos fatigosa para la madre, porque no se necesita apretar. (Padró, A., 2013-2019, sp)

## 2.19. VIH y alimentación del lactante

La lactancia materna, y en especial la lactancia exclusivamente materna y precoz es una de las formas más importantes de mejorar las tasas de supervivencia del lactante. Sin embargo, las mujeres infectadas por el VIH pueden transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo o el parto, y también a través de la leche materna. Las pruebas existentes revelan que la administración de antirretrovíricos a la madre infectada por el VIH o al niño expuesto al virus puede reducir de forma significativa el riesgo de transmisión a través de la leche materna y también mejorar la salud de la madre.

La OMS recomienda actualmente que todas las personas infectadas por el VIH, incluidas las embarazadas y las madres que amamantan a sus niños, tomen medicamentos antirretrovíricos de por vida en cuanto sepan que han contraído la infección. (OMS, 2019, sp)

## **2.20. Lactancia materna en niños prematuros**

Cada año nacen más de 20 millones de niños con un peso inferior a 2500 g, el 96% de ellos en países en desarrollo. Estos lactantes con bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de morbilidad neonatal.

El bajo peso al nacer se debe en la mayoría de los casos al parto prematuro, a un tamaño pequeño para la edad gestacional, o a ambos. Las intervenciones dirigidas a mejorar la alimentación de los lactantes con bajo peso al nacer tienden a mejorar su salud y bienestar inmediatos y a largo plazo, y repercuten considerablemente sobre los niveles de mortalidad neonatal e infantil en la población.

La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el niño. La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida. Protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia.

Los datos indican que si la lactancia materna comienza el primer día de vida produce una reducción significativamente mayor del riesgo de mortalidad neonatal que si comenzara más de 24 horas después del nacimiento. (OMS, 2018, sp)

## **2.21. La diabetes y la lactancia materna**

La lactancia materna es positiva tanto para las mujeres diabéticas como para las madres que padecieron diabetes gestacional. En ambos casos, dar el pecho mejora la salud de las madres. Para las mujeres diabéticas, amamantar a sus hijos mejora sus niveles de glucemia. A las madres que padecieron diabetes en el embarazo, la lactancia materna les protege frente al desarrollo de diabetes crónica en el futuro.

Algunas madres pueden pensar que, por el hecho de tener diabetes o haberla sufrido en el embarazo, la lactancia materna no es adecuada para alimentar a su hijo. Sin embargo, nada más lejos de la realidad. La lactancia materna mejora la salud de las madres diabéticas y de las mujeres que sufrieron diabetes gestacional.

La diabetes es una alteración que se caracteriza porque el nivel de glucosa en sangre (glucemia) es bastante elevado. La diabetes se produce cuando el páncreas no segrega suficiente insulina para metabolizar la glucosa. Durante el embarazo el nivel de glucosa en la sangre de la madre aumenta para satisfacer las necesidades nutricionales del feto. Así pues, en el embarazo, el páncreas tiene que producir mayores niveles de insulina. Si el páncreas no puede dar respuesta a este incremento de glucosa, y por tanto no segrega más insulina, se produce la conocida diabetes gestacional. La gran diferencia entre las madres diabéticas y las madres que han sufrido diabetes gestacional es que para éstas últimas la diabetes desaparece tras el parto. En cualquier caso a ambas les conviene la lactancia materna.

#### 2.21.1. La leche de las madres diabéticas

La leche de las madres diabéticas es totalmente normal y adecuada para alimentar al niño. Puede presentar alteraciones leves en su composición, pero que no tienen especial importancia. En algunos casos, las mujeres diabéticas producen una cantidad menor de leche durante los primeros días si sus niveles de glucemia no están bien controlados. Si la glucemia está bien controlada, su producción de leche es completamente normal.

#### 2.21.2. Ventajas de la lactancia materna para las madres diabéticas o que padecieron diabetes gestacional

Para las madres diabéticas es positivo dar el pecho porque necesitan administrarse menos cantidad de insulina artificial durante la lactancia. Además, la lactancia materna es un perfecto antidiabético, ya que las madres diabéticas metabolizan mejor la glucosa. Cuando la madre da el pecho al niño, la glucosa sobrante se transforma en energía para producir leche y sintetizar la lactosa.

Para las madres que padecieron diabetes gestacional también es positivo dar el pecho. La lactancia materna protege a estas mujeres frente al desarrollo de diabetes crónica en el futuro, ya que existe un riesgo elevado de padecer la enfermedad. De hecho, algunos estudios indican que sólo un 4% de las mujeres que tuvieron diabetes gestacional y dieron el pecho desarrollaron diabetes crónica. En cambio, un 9% de las mujeres que tuvieron diabetes gestacional y no dieron el pecho desarrollaron diabetes crónica. No obstante, tanto si eres madre diabética como si has sufrido

diabetes gestacional, debes comunicárselo a tu ginecólogo para que te realice un control médico adecuado.

No olvides que después del parto, durante la lactancia y el destete los niveles de glucosa, las dosis de insulina y las necesidades energéticas de la madre pueden cambiar. (Ventura, 2000-2020)

## **2.22. Recomendaciones para la lactancia materna**

- La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros y los niños enfermos salvo raras excepciones. Cuando la lactancia materna no sea posible, se debe extraer leche de la madre y conservarla.
- El peso del niño es solo un aspecto de su desarrollo y evolución y no debe ser el condicionante único para indicar la introducción de fórmula.
- Los recién nacidos deben alimentarse al pecho lo antes posible, preferiblemente durante las primeras horas. No deben separarse de sus madres y alimentarse al pecho a demanda, no esperar a que el niño llore.
  
- La lactancia materna se debe ofrecer a demanda del niño y no imponer horarios.
- Asegurarse que el niño tome el pecho de 8 a 12 veces en 24 horas.
- No ofrecer fórmulas de inicio ni ningún otro líquido.
- La madre debe estar sentada en una postura cómoda, con la espalda recta y los hombros relajados.
- El niño deberá acercarse a la madre y no al revés.
- Se debe estimular que el bebé abra la boca estimulando el labio superior, el bebé debe tomar el pezón y la mayor parte de la aréola con los labios evertidos.
  
- La madre deberá observar la deglución de la leche.
- Es normal que el bebé baje de peso los primeros días.
- Acudir a consulta si hay dudas o problemas con la lactancia.
- El llanto suele ser un indicador tardío de hambre y dificulta el amamantamiento.



- No administrar suplementos (agua, suero glucosado, fórmula, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados.
- Después del alta de la maternidad, el niño debe ser valorado por el pediatra o por una enfermera experta en los dos o 4 días siguientes.
- Cuando la hospitalización del niño o la madre sean inevitables, se deben de proporcionar todas las facilidades posibles para que se mantenga la lactancia.

### 2.22.1. Recomendaciones para la promoción de la lactancia materna

- Es excepcional que una mujer tenga dificultades anatómicas que limiten el amamantamiento, por lo que no se aconseja la exploración del pecho de la mujer para valorar la posibilidad de lactancia.
- El personal de salud debe tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnica y manejo clínico del niño amamantado al pecho.
- El personal de salud debe disponer de información sobre los recursos de apoyo a la lactancia, y aconsejar sobre las formas de extraerse la leche y cómo se puede conservar y transportar la leche de madre.
- El personal de salud debe asegurarse de que la madre conoce los derechos laborales que tienen como objetivo facilitar la lactancia. (Martín M., 2014, p. 43)

### 2.22.2. Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría para lactancia de recién nacidos sanos

- Lactancia materna exclusiva por 6 meses;
- Leche materna de la propia madre, de forma alternativa donada si fuera necesario.
- Continuar por lo menos el primer año y más allá si el niño y la madre lo desean.
- Introducción de alimentos complementarios ricos en hierro a los 6 meses.
- Políticas y prácticas periparto que optimizan la lactancia materna
- Contacto piel a piel con la madre inmediatamente después del parto y hasta la primera toma.

- Retrasar procedimientos de rutina (pesar, medir, bañar, vacunar, profilaxis oftálmica) hasta después de la primera alimentación.
  - Retardar la aplicación de vitamina K hasta que se haya completado la primera alimentación. Primeras 6 horas.
  - Asegurar que se ofrezca el pecho 8 a 12 veces en 24 horas.
  - Asegurar la evaluación de la lactancia.
- 
- Revisión y evaluación de los neonatos por un pediatra a los 3 a 5 días de vida;
  - Evaluar hidratación.
  - Evaluar pérdida o ganancia de peso.
  - Evaluar y observar la alimentación.
  - Aclarar dudas.
  - La madre y el niño deben dormir en la misma habitación para facilitar la lactancia.
  - La posición para dormir recomendada es la supina y no ofrecer chupón hasta las 3 a 4 semanas, cuando la lactancia ya se haya establecido. (Ortega, M., 2015, p. 127)

### **2.23. COVID 19**

Instituto de Nutrición de Centro Amerrica y Panamá (INCAP, 2020). Enfermedad por el virus (COVID-19) es una enfermedad respiratoria viral que puede causar síntomas de fiebre, tos, congestión nasal, rinorrea, dolores musculares, dolor de cabeza y diarrea. Algunos pacientes desarrollan neumonía y pueden necesitar hospitalización. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) que fue notificado por primera vez en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019. En la ausencia de un tratamiento específico para este virus, existe una necesidad urgente de encontrar medidas que controlen su propagación. Mantener distanciamiento social y una higiene adecuada, tanto personal como del entorno, y especialmente en las manos promueve su prevención. (p. 6)

Las personas mayores y las que padecen enfermedades crónicas preexistentes (hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, enfermedad renal, cáncer o diabetes) tienen mayor probabilidad de desarrollar casos graves de la enfermedad y necesitar hospitalización. La edad avanzada se asocia

con un mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) y muerte, probablemente debido a una respuesta inmune debilitada. (p. 7)

### 2.23.1. Lactancia materna / COVID 19

La leche materna es el alimento óptimo para la nutrición y salud del niño. Los hijos nacidos de madres con sospecha o confirmación de COVID-19 deberían ser alimentados de acuerdo a las pautas estándar de alimentación infantil, darle lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Brindar lactancia materna exclusiva a su hijo hasta los seis meses de vida, esta tiene todos los nutrientes y agua que su niño necesita. Además, es un factor protector que ayuda a la transferencia directa de anticuerpos y otros factores anti infecciosos, la leche materna tiene las defensas que protegen al niño especialmente de enfermedades respiratorias. Toma en cuenta los beneficios de la lactancia materna y que la leche materna no es transmisora del virus respiratorio al niño.

Las mujeres con COVID 19 pueden seguir dando pecho si así lo desean, solo deben seguir estas recomendaciones.

- Lavarse las manos antes y después de haber tocado a su hijo.
- Tener su cara y nariz limpia, usar mascarilla.
- Limpiar y desinfectar las superficies.
- Si usted presenta síntomas respiratorios, al darle pecho a su niño tenga especial cuidado en la higiene de las manos antes y después del contacto con su niño; recuerde utilizar correctamente la mascarilla y consulte inmediatamente a su médico o centro de salud más cercano.
  
- No debe darle a su niño ningún líquido, ni agua y ningún alimento sólido antes de los seis meses de vida.
- Si su niño presenta síntomas respiratorios, consulte a su médico o al centro de salud más cercano y continúe dando lactancia materna con más frecuencia y el mayor tiempo posible para asegurar su hidratación.

- El uso de suero de rehidratación oral para esta edad es únicamente recomendable por indicación médica. (p. 13)

## **2.24. Modelo de Atención de enfermería**

### **2.24.1. Adopción del rol materno**

Alvarado, L., Guarni, L., Cañon, M., y Wilson, (2011). La propuesta de Ramona Mercer, se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos; edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además, define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar a cabo los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

Es importante recalcar el cuidado materno perinatal de la profesión de enfermería que ejerce el rol desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la procreación. La aplicación de esta teoría a la práctica asistencial sirvió como marco para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado del binomio madre - hijo, ayudando a simplificar un proceso muy complejo y facilitando su comprensión para la aplicación del mismo en la práctica. (p. 195)

Mencionan los autores del artículo que el modelo teórico propuesto por Ramona T. Mercer, es una teoría de rango medio que tiene su aplicación en el cuidado de enfermería para la adopción del rol materno desde la gestación hasta el primer año de vida del hijo, asimismo, tiene utilidad en la investigación y en la formación de profesionales de enfermería, provee una guía teórica que enriquece la disciplina de enfermería, impulsando la identidad y autonomía profesional en el área Materno Infantil.

La teórica de enfermería, Ramona Mercer, describió detalladamente el proceso que vive la mujer para convertirse en madre y las variaciones del mismo cuando éste se da en situaciones desfavorables como el nacimiento de un hijo enfermo, prematuro o con malformaciones congénitas

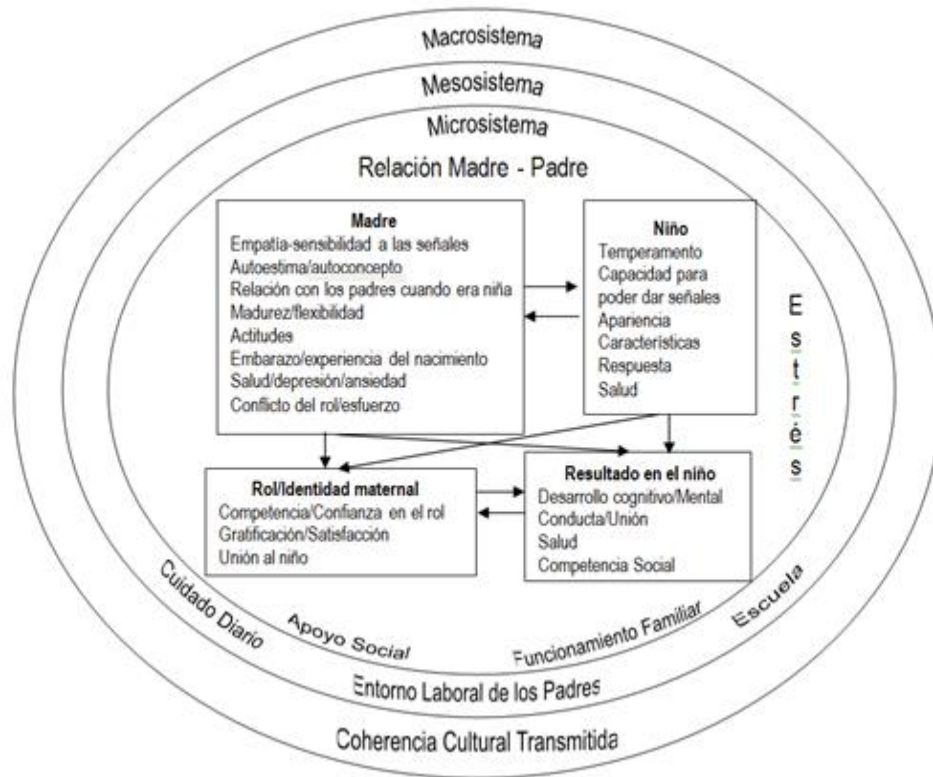
que obliguen a la hospitalización del niño. Mercer explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo.

Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener el bienestar del hijo. El cuidado de enfermería debe de contribuir identificando junto con la madre situaciones que dificultan o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan la adopción del rol materno. (p. 44)

Ortiz, F., Cárdenas, V. y Flores Peña, F. (2016). Las variables del modelo de Mercer se sitúan dentro de tres círculos concéntricos los cuales interrelacionan entre sí. Los conceptos principales de la teoría de adopción del rol materno que apoyaron el modelo propuesto se encuentran dentro del microsistema y son; características maternas (sensibilidad a las señales, actitudes respecto a la crianza, estado de salud), características del hijo (temperamento y salud), rol materno (competencia en el rol), y resultado en el niño (salud). Hasta el momento no se ha identificado la aplicación de esta teoría en el fenómeno de OB infantil, por lo que se incorporan resultados de estudios relacionados a la OB en menores de dos años en cada concepto con el fin de facilitar la comprensión del fenómeno a estudiar. (p. 3)

Los autores señalan que, Mercer profundizó en la adopción del rol materno, estudiando este fenómeno, en relación con las variables; edad en el primer parto, la experiencia en partos, separación precoz de los niños, estrés social, apoyo social, los rasgos de personalidad, el autoconcepto, las actitudes de seguimiento del niño y la salud, temperamento del niño y su estado de salud.

**Figura # 1 Teoría de adopción del rol materno**



Fuente: Mercer, 1981

Para Mercer la adopción del rol materno es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. El cuidado de enfermería debe contribuir identificando junto con la gestante situaciones que dificultan y/o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan alcanzar en forma exitosa la adopción del rol materno. (p. 4)

Asimismo, los autores Alvarado, L., Guarni, L., Cañon, M., y Wilson, (2011) indican que, al iniciar su estadio formal propuesto en la teoría, se realizaron intervenciones como cuidados del puerperio, del recién nacido, posibles complicaciones de este periodo tanto para la madre como para su hijo; apoyo emocional, guía en la toma de decisiones de problemas objetivos y subjetivos. Todo lo

anteriormente nombrado llevo a realizar una buena ejecución con los cuidados planificados que lograron una oportuna asistencia que tuvo como finalidad lograr una visión interiorizada de sí misma como madre.

El seguimiento por parte de enfermería fue oportuno gracias a la participación y recolección de los datos necesarios para el estudio mediante la observación, entrevista, examen físico y documentación clínica que fue proporcionada por la unidad y la usuaria. Siendo importante la participación de la enfermera que se caracteriza por su idoneidad, escucha empática y dialogo interactivo, prioritarias para identificar y direccionar sus preocupaciones durante esta importante transición. La enfermera mantiene una interacción más prolongada e intensa para desarrollar actividades que logran cada vez más una mejor situación de salud y por ende una mejor calidad de vida con las mujeres en su ciclo de maternidad.

Así el cuidador atiende con arte y vocación adquiridos en su formación científica y humanística, es decir de ciencia con conciencia y realizando acciones desde la atención clínica hasta ser confidentes y terapeutas del alma dentro de un contexto real; cumpliendo de ese modo con los criterios de la atención integral que implican la atención de lo físico, mental y espiritual. (p. 200)

Es importante recalcar el cuidado materno perinatal de la profesión de enfermería que ejerce el rol desde diversos campos de acción, la aplicación de esta teoría a la práctica asistencial sirve como marco para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado del binomio madre - hijo, ayudando a simplificar un proceso muy complejo y facilitando su comprensión para la aplicación del mismo en la práctica. (p. 201)

Asimismo, Ortiz, F., Cárdenas, V. y Flores Peña, Y. (2016), mencionan que, las prácticas de alimentación se definen como apropiadas cuando la madre tiene la capacidad de responder a las señales de hambre y saciedad en base al desarrollo físico y emocional del lactante promoviendo una ingesta autorregulada. Estas prácticas están determinadas al qué, cuánto y cómo se alimenta en relación a la lactancia materna y a la alimentación complementaria. Poco se han explorado con los criterios anteriores la mayoría hace referencia solo al que está consumiendo.

El modelo de rol materno en la alimentación del lactante fue diseñado para explicar cómo características maternas (personales, cognitivas y estado de salud), el rol materno (prácticas maternas de alimentación) y las características del lactante se relacionan e influyen en el estado nutricional del lactante. Este se orienta a la diada madre-hijo, las edades de los lactantes pueden oscilar entre los 0 y 12 meses. (p. 5)

## **2.25. Hospital Distrital Sayaxché, Petén**

Diaz, B.,Mazariegos,Y.,Maldonado, C.,Penados, M. Y Ico Coc, H. (2017). Diagnóstico del cuidado de enfermería del departamento clínico del hospital distrital de Sayaxché, Petén.

El Hospital distrital de Sayaxché, Petén, Se ubica en barrio la Esperanza en el Municipio de Sayaxché, a una distancia de 64 kilómetros de la cabecera departamental de Flores Petén, en Área Sur occidental del departamento, con una población de 94,723 habitantes, distribuidos en la cabecera municipal y ciento ochenta aldeas y caseríos, con una extensión territorial de 3,904 Km.2.

Edificio que fue construido en el año de 1986, a razón del conflicto armado, y habilitado como Centro de Salud tipo “A”, implementado un área de encamamiento y sala de maternidad anexa, edificio que está estructurado de la siguiente manera; columnas de concreto, artesón de acero prefabricado techo de duralita cielo falso de duroport paredes externas de concreto y las paredes internas de tabla de yeso, su geometría es rectangular de 85x60 metros. En agosto de 1986, fue nombrado como el primer director del centro de salud tipo “A” el Doctor Samuel Vega Salgado.

Debido al crecimiento de la población y a la demanda en respuesta a las gestiones fue autorizado elevarlo de la categoría de centro de salud tipo “A” a Hospital. El 3 de marzo de 1999, el Ministro de Salud Ing. Marco Tulio Sosa Ramírez mediante acuerdo Ministerial SP-M-276, acuerda elevar a categoría de Hospital, los servicios que se prestaban como centro de salud tipo “A” favorecían a los habitantes de Fray Bartolomé de la Casas, La Tinta, Sayaxché y Uspantan, Nebaj y Joyabaj. (p. 9)



- Colindancias.

Norte; Municipio de la Libertad

Sur; Alta Verapaz,

Este; Municipio de Poptún;

Oeste, Estado Mexicano

El Hospital Distrital en su inicio contaba con apoyo de la república de Argentina una ONG llamada Médicos de Catástrofe (MEC) los cuales proporcionaban al Hospital un cirujano, un pediatra y un técnico en anestesia, en el año 1999 se retiró la ONG médicos en catástrofe perdiéndose con esto nuevamente el recurso para la atención de cirugía general.

A partir del 2,002 hasta la fecha se cuenta con el apoyo de la cooperación Cubana, en las siguientes especialidades pediatría, medicina interna, ginecología, cirugía, actualmente el nosocomio cuenta con un total de 23 médicos al servicio de la población, 4 de ellos de origen Cubano, 3 Licenciadas en enfermería, 7 enfermeros/enfermeras profesionales, 69 auxiliares de enfermería, personal sanitario a cargo de salvaguardar la salud de la población demandante del municipio de Sayaxché, las Cruces, Libertad y Naranjo, municipios que pertenecen a nuestra área de afluencia, en menor porcentaje se le da cobertura a pacientes del departamento Alta Verapaz y del vecino país México, estos por ser aledaños al Municipio. (p. 10)

Sayaxché cuenta con más de 180 comunidades y caseríos que es nuestra mayor área de afluencia, anteriormente se atendían de 3 a 4 partos al día, en la actualidad se atiende un aproximado de 10 a 12 partos al día, emergencias por traumas, accidentes, enfermedades comunes, mordedura de serpiente, etc. Evidenciándose una alta demanda. (p. 11)

Áreas de servicio que integran el Hospital Distrital de Sayaxché, Petén

- Servicio de emergencia
- Clínica de atención a víctimas de violencia sexual
- Servicio de área verde (Central de equipos)
- Servicio de labor y partos

- Consulta externa
- Servicio de farmacia
- Servicio de laboratorio
  
- Servicio de rayos x
- Servicio de maternidad
- Servicio de encamamiento (medicina de hombre, medicina de mujeres, trauma y anexa unidad de cuidados intermedios)
- Servicio de pediatría, anexo área de neonatos
- En la parte externa del nosocomio se habilito área específica para la atención a pacientes con infecciones respiratorias /Covid-19.

Cartera de servicio que brinda el Hospital distrital del Municipio de Sayaxché, Petén.

Consulta externa de 8 a 12 y de 13 a 16:30 pm. De lunes a viernes.

- Medicina general
- Medicina interna
- Pediatría
- Cirugía general
- Ginecobstetricia
- Odontología.
- Psicología
- Nutrición (p. 12)

### Programas y horario de atención

- Vacunación de niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y embarazadas
- Control del niño sano
- Planificación familiar
- Tuberculosis
- Profilaxis sexual

- VIH
  - Rayos X y ultrasonido, de lunes a viernes. de 8 a 12 y de 13 a 16:30pm. y de emergencia las 24 horas del día.
  - Trabajo social, de 8 a 16:30 hrs.
  - Sala de operaciones de lunes a viernes de 8 a 12 y de 13 a 16:30pm.
- 
- Procedimientos quirúrgicos electivos;
  - Martes cirugía.
  - Miércoles ginecología y obstetricia.
  - Jueves cirugía.
  - operaciones de emergencias las 24 horas del día.
  - Laboratorio clínico. De lunes a viernes de 8 a 12 y de 13 a 16:30 hrs. Y emergencias las 24 horas.
- 
- Sala de servicio de emergencias, las 24 horas
  - Anexa clínica de atención a víctima de violencia sexual
  - Servicio de encamamiento de adultos, maternidad/ginecología y pediatría, neonatología y área de cuidados intermedios.
  - Clínica de atención a infecciones respiratorias /Covid-19

#### Otros servicios;

- Subdirección de enfermería
- Anestesia
- Terapeuta
- Psicología
- Nutrición
- Trabajo social (p. 13)

### 2.25.1 Misión y visión del Hospital Distrital Sayaxché, Petén

- Misión

El Hospital Distrital de Sayaxché Petén, brinda una atención oportuna, con calidad y calidez al paciente, y sin discriminación racial e idiomática, mediante los diferentes servicios de: emergencia, labor y partos, obstetricia, consultas externas, pediatría, medicina, cirugía, odontología, farmacia, nutrición, psicología, vacunación con sus programas de área comunitaria, laboratorio, rayos X, cocina, lavandería, costurería, conserjería y mantenimiento. Todo con un sistema de gestión de calidad adecuado, logrando la satisfacción del usuario quien hace uso de nuestros servicios.

- Visión

Ser un equipo de trabajo ejemplar, capaz eficiente y oportuno, con humanismo para brindar un servicio adecuado a nuestros pacientes quienes acuden a nuestro hospital.

### 2.25.2. Misión y visión de la subdirección de enfermería

- Misión

Garantizar una atención de enfermería las 24 horas del día a los usuarios, brindándoles cuidados de enfermería de forma humanizada, oportuna y de calidad. Con equidad racial y de género, satisfaciendo sus necesidades de recuperación y rehabilitación de su salud.

- Visión

Ser una subdirección de enfermería organizada, con liderazgo, en continua transformación que brinda atención de enfermería oportuna con calidad humanizada. Contando con el personal necesario, dotado de conocimientos técnicos científicos para la atención de enfermería con excelencia.

El servicio de maternidad del Hospital Distrital de Sayaxché, Departamento de Petén, escenario en donde se desarrolla el actual estudio titulado; Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva, unidad que fue creada en el año 1986, desde entonces parte brindando servicios a toda la población de su jurisdicción.

### 2.25.3 Misión y visión del servicio de maternidad

- Misión

Ser un servicio que brinde atención médica, especializada, humanizada, utilizando todos los recursos necesarios para lograr la satisfacción de las necesidades del usuario y su familia, al mismo tiempo contribuir a su recuperación en forma eficiente y eficaz, tomando en cuenta al ser humano desde el punto de vista psicobiosocial y con criterios holísticos.

- Visión

Ser un servicio de calidad, brindando atención de salud a toda la población materno/infantil, con la mejor calidad humana posible, logrando la satisfacción de los usuarios, siendo capaces de cubrir la demanda que genera el servicio, con la autorización eficiente del recurso médico especializado y de enfermería, al mismo tiempo contribuyendo a combatir las muertes materno/neonatal. (p.23)

Con el transcurso de los años el número de pacientes ingresadas en dicho servicio ha ido en aumento, datos estadísticos año 2018; 2,030 partos 570 fueron madres primigestas según registros. Se evidencia que los ingresos al servicio de maternidad superan la capacidad que este posee, según el MSPAS este posee 26 camas censales y los ingresos reales al servicio son de 35/40 pacientes. Señalando su alta demanda y población objetivo la factibilidad de abordar el tema de investigación es importante.

Dotación de personal de enfermería, servicio de maternidad Hospital distrital Sayaxché Petén:

1 Enfermera profesional

1 Enfermero (a) profesional supervisor

11 Auxiliares de enfermería

Otros:

1 Traductora del idioma maya q'eqchi

15 número total de madres primigestas que son abordadas como sujeto de estudio. Características relevantes del grupo objetivo; se evidencia que el sesenta por ciento de las encuestadas han

estudiado únicamente el nivel primario de escolaridad, sumado a ello las edades en que más oscilan son de 10 a 20 años, 10 son de origen maya q'eqchi y la población restante de origen Mestizo/ladino, 11 residen en el área rural y 4 en el área urbana. El presente estudio es innovador porque permite un cambio novedoso en las prácticas de la lactancia materna basada en conocimientos ya existentes con el fin de mejorarlos o renovarlos.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1. Objetivos**

##### **3.1.1. Objetivo General**

Determinar los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres primigestas, del servicio de maternidad del Hospital distrital de Sayaxché, Petén.

##### **3.1.2. Objetivos específicos**

3.1.2.1 Identificar los conocimientos que poseen las madres primigestas sobre lactancia materna exclusiva.

3.1.2.2. Explorar el conocimiento que poseen las madres primigestas sobre los beneficios que proporciona para el niño o niña la lactancia materna exclusiva.

3.1.2.3 Manifestar la información que poseen las madres primigestas en relación a la formación del pezón para brindar lactancia materna.

### 3.2. Variable y su operacionalización

**Tabla # 1**

Variable y su operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumento y Preguntas
Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad del Hospital distrital de Sayaxché, Departamento de Petén.	Avance en el saber y la profundidad adquirida en relación a lactancia materna exclusiva que poseen las madres primigestas.	Nivel de conocimiento que refiere tener o poseer la gestante acerca de la lactancia materna exclusiva.	Características personales	Edad____ Estado civil Grado de Escolaridad Ocupación Con quién vive A qué edad fue su primera menstruación.
			Conocimientos	Considera usted que aparte de la leche materna que su hijo consume, es necesario complementar con tomas de agua, de azúcar,



				<p>anís, arroz o cebada.</p> <p>Sabe usted a los cuantos días post parto se da la subida de leche.</p> <p>Ha recibido usted por parte del personal de salud charlas sobre la lactancia materna exclusiva.</p>
			Madre primigesta	Cuenta usted con apoyo familiar durante su proceso embarazo.
			Lactancia Materna	<p>Ha pensado en darle solo pecho al niño o niña.</p> <p>Hasta qué edad considera usted que se le debe</p>

				<p>dar el pecho exclusivamente a su hijo o hija.</p> <p>Cuáles son las ventajas o beneficios de dar leche materna exclusiva para el niño o niña, para la mamá y papá.</p> <p>Sabe usted que es el calostro.</p>
			Beneficios a la madre de la Lactancia Materna	En qué le ayuda a usted el hecho de brindar lactancia materna exclusiva a su hijo o hija.
			Lactancia Materna Exclusiva	<p>Qué tipo de leche cree que es mejor para su hijo o hija.</p> <p>Cuando se debe iniciar la</p>

				<p>lactancia materna.</p> <p>Cada cuanto tiempo debe de darle el pecho a su hijo o hija.</p>
			Alimentación complementaria	Hasta que edad debe empezar a darle a su hijo alimentos diferentes a la leche materna.
			Beneficios para el niño (a)	la primera leche que sale del pecho de la madre debe darse al niño o niña.
			Pezones planos o invertidos	Considera usted que la formación del pezón durante el embarazo es importante para garantizarle al niño o niña una

				lactancia materna exitosa.
--	--	--	--	----------------------------

Fuente: elaboración propia, enero a mayo 2020.

### **3.3. Población y muestra**

15 madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad, del Hospital distrital Sayaxché Petén.

### **3.4. Sujetos de estudio**

Madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad, del Hospital distrital Sayaxché Petén.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.5.1. Criterios de inclusión**

Madres primigestas ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital distrital de Sayaxché, Petén que acceden a participar en el estudio. Total de participantes (15)

#### **3.5.2. Criterios de exclusión**

Madres que no llenan las características de los sujetos de estudio.

### **3.6. Diseño de la investigación**

El estudio es de tipo descriptivo porque a través de los datos obtenidos permitió determinar la realidad de conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva, el marco muestral es de tipo no probabilístico porque nos define la fracción de la muestra, el tipo de estudio es exploratorio ya que es empleado para identificar una problemática, por la naturaleza de los datos la metodología empleada es cuantitativa porque los datos fueron obtenidos en cantidades numéricas que permitieron recolectar, analizar y caracterizar el conjunto de datos con el objetivo de representarlos gráficamente, finalmente es de corte transversal porque dio inicio en el mes de enero y finaliza en el mes mayo 2020.

Hospital Regional San Benito Petén, escenario en donde se realizó prueba de validación del instrumento (prueba piloto), elegido para el desarrollo de la prueba por tener características similares a la institución donde se realiza el estudio de Tesis.

Para la recolección de datos del estudio de Tesis se realizan los trámites administrativos correspondientes con las autoridades del Hospital distrital de Sayaxché Petén; Director, Enfermera Jefe de subdirección de enfermería y jefe de servicio de maternidad. El contacto con el grupo objetivo en servicio de maternidad fue durante el periodo de 2 días 03-04 de abril del año dos mil veinte.

### **3.7. Análisis estadístico**

Aprobado el protocolo por la asesora y revisora asignadas por la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Panamericana, se elaboró el anteproyecto de investigación de acuerdo a los lineamientos de tesis.

El estudio se llevó a cabo con 15 pacientes primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Asimismo la recolección de datos se realizó a través de un cuestionario de 21 preguntas de opción cerrada sobre temas básicos de la lactancia materna exclusiva, posteriormente se procede al ordenamiento de los instrumentos utilizados, en el proceso de análisis estadístico se emplea la técnica manual de paloteo en donde los datos individuales son agrupados y estructurados con el propósito de dar respuesta al problema de estudio, Asimismo se procede a la tabulación de los datos en una base, hojas de cálculo de Microsoft Excel 2011, matriz que genera los gráficos y nos permite representar los resultados con su respectivo análisis, dando respuesta a cada una de las 21 interrogantes del cuestionario.

### **3.8. Aspectos ético legales**

(Vera, O., 2013). Afirma que, se sustenta en el principio del servicio al ser humano en función de su salud, sus objetivos son, propiciar el bienestar físico y mental, curar o aliviar la enfermedad desde el punto de vista humanístico. La ética es una disciplina que se ocupa del estudio de los actos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean

voluntarios y conscientes, la ética orienta la conducta del individuo hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia. (sp)

### 3.8.1. Derecho a la autodeterminación

Se respetó cada una de las opiniones particulares de las participantes en el momento que se le pregunta a paciente si quiere ser participe o no del estudio en cuestión, o cuando paciente no está en capacidad física o anímica de poder llenar el instrumento de recolección de datos, por tanto el encuestador lo realiza sin alterar cada una de las respuestas brindadas por el paciente.

### 3.8.2. Derecho a la intimidad

Volpato, S. ( 2016). Señala que, el derecho a la intimidad configura un requisito necesario e imprescindible para el ejercicio del principio de la libertad personal expreso en el artículo 17 de la Carta Magna, con la intimidad lo que se protege es la faceta individualista del ser humano y, con ella, su indudable libertad. (p. 49)

A las pacientes encuestadas se les respeto en todo momento el derecho a su intimidad, por tanto, se les informó que el resultado del estudio es utilizado únicamente con fines educativos.

### 3.8.3. Derecho al anonimato y confidencialidad

Siendo ambos conceptos diversos, tienen en común referirse a una información que se considera susceptible de protección, en razón de que su conocimiento por terceros puede dañar al titular de la misma. La reserva de la información o del dato supone una obligación en tal sentido respecto del que tiene conocimiento de ello, y su revelación tiene consecuencias jurídicas, entre otras, la comisión de un delito o la obligación de responder civilmente por el daño que su revelación pueda producir al titular. (Anguita, V, y Sotomayor, A., 2011, p.2)

Previamente firmado el consentimiento informado, paciente conoce el fin de la recolección de los datos, estos deberán ser utilizados únicamente para evidenciar o comprobar nuestra variable de estudio. Esta información al ser consolidada para generar resultados hasta el mismo investigador pasa a desconocer la denominación del encuestado, la información no deberá ser utilizada con otros

fines que el paciente desconozca, por tanto, se hace respetar el derecho al anonimato y confidencialidad.

A las participantes se les informó que los resultados serán utilizados únicamente con fines educativos y remitidos a donde corresponda.

#### 3.8.4. Derecho al trato justo

(Bernal, S., 2002). Indica que, este acto de conciencia permitió crear una moral que inspiró la formación de lo social, basado en el carácter libre, autónomo e igual de los individuos. Dentro de esta concepción surgen los derechos Humanos como universales y superiores a cualquier orden cultural. (p. 26).

Principio ético que se hace valer en todo el proceso de estudio reflejándose en el trato brindado a cada uno de los participantes, con respeto, amabilidad, igualdad y sin discriminación alguna.

#### 3.8.5. Beneficencia

La beneficencia hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La beneficencia puede entenderse, de manera general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. (Siurana, J., 2010, p.8)

El principio de beneficencia tiene mayor relación con el estudio, porque el objetivo principal es conocer para poder actuar en benéfico del lactante, madre y padre. La beneficencia se fundamenta en la prevención del daño por tanto es aplicado en la investigación.

#### 3.8.6. Consentimiento informado

El consentimiento informado, asegura que los individuos participen en la investigación clínica propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, una debida comprensión por parte del sujeto de esta información y de su propia situación clínica, y la toma de una decisión libre no forzada sobre si participar o no. (Emanuel, E., 2005, p.8)

En el desarrollo de la encuesta a todas las participantes se les da a conocer los objetivos de la investigación y el consentimiento informado y que este debe ser firmado previo al inicio de la recolección de los datos, como autorización individual para poder ejecutar el estudio. Asimismo, se les expone que la información será utilizada únicamente con fines de educativos.



## Capítulo 4

### Análisis y presentación de resultados

Técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. (García Ferrando, 2003, p. 527)

Tema de estudio. “Conocimientos que poseen las madres primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad, del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén, a continuación, se realiza el análisis y presentación de resultados.

Resultados en porcentaje, del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital de Sayaxché, Petén, el 53 % oscila en las edades de 10 a 20 años y el 47% en las edades de 20 a 30 años. El 47 % responde que viven en unión de hecho, el 40% son casadas y el 13 % son madres solteras, 0 representa el número de madres divorciadas. El 87 % responde que son amas de casa, el 13% responde que son estudiantes, no se muestra ningún dato que refleje que las madres se dediquen a labores de docencia, empleada doméstica u otros oficiosos.

Asimismo el 40 % responde que viven con su esposo, otro 40% responde que viven con sus padres, el 13 % viven solas, y el 7 % respondieron que viven con sus suegros. El 67 % responde que su primera menstruación sucedió entre las edades de 12 a 13 años, el 13% responde que sucedió entre las edades de 11 a 12 otro 13% responde que su primera menstruación fue en las edades de 13 a 14 años, y el 7 % responde que sucedió entre las edades de 10 a 11 años, ningún dato indica que este suceso se llevó a cabo en las edades de 14-15 y de 15-16 años.

Simultáneamente el 60% responde que es importante que los niños en sus primeras etapas de vida ingieran agua de azúcar, anís, arroz o cebada, para ayudarlo a disminuir la sed, quintar el hambre, mejorar su desarrollo, ayudar a la digestión, y entrenarlo en el uso de biberones, el 40 % responde que el único alimento que debe darse a sus hijos en las primeras etapas de vida es únicamente leche materna, porque fortalece el sistema inmunológico y evita posibles enfermedades. El 46 % responde que la producción abundante de leche materna en el post parto oscila entre el tercero y

cuarto día, el 27% responden que esto sucede entre el segundo y tercer día, otro 27% responde que este hecho sucede entre el cuarto y quinto día.

A la vez el 60 % responde que si han recibido charlas sobre la lactancia materna exclusiva y el 40% responde que no han recibido charlas sobre dicho tema. El 60% responde que cuenta con el apoyo de toda su familia, el 27% responde que solo cuenta con el apoyo de su esposo, el 7% responden que cuentan con el apoyo de sus padres y el 6% responden que cuentan con el apoyo de su madre. El 87% responde que si brindaran lactancia materna exclusiva y el 13% responden que no brindaran lactancia materna exclusiva.

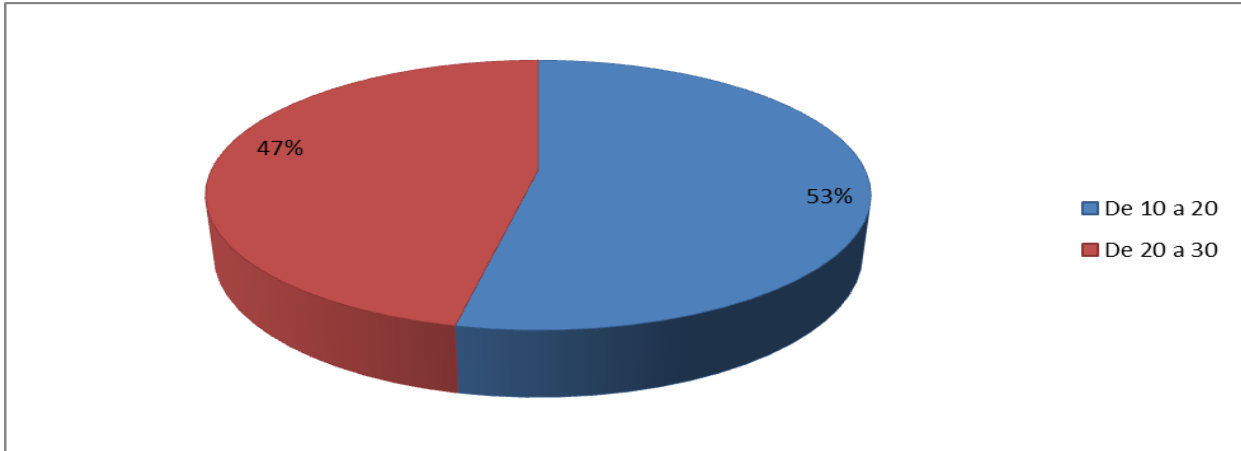
Seguidamente el 60% responde que darán lactancia materna exclusivamente hasta los 12 meses, el 27% responde que brindan lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, el 7% responde que brindaran lactancia materna hasta los 2 años de vida, y el 6% responde que se debe de dar hasta los 3 meses de vida. El 67% identifica los beneficios que aporta la lactancia materna exclusiva, el 33% responde que no aporta mayores beneficios. El 87% desconoce que es el calostro, y el 13 % responde que si conoce que es esta sustancia. El 80% responde que el hecho de brindar lactancia materna exclusiva, aumenta el vínculo madre e hijo, y el 20% responde que evita el desarrollo de cáncer de mama y cérvico uterino. El 87% conoce que la mejor leche que debe consumir su hijo en las primeras etapas de vida es únicamente la leche materna y el 13% opina que la mejor leche para sus hijos es la de bote.

Ala vez 60% describe que la lactancia materna debe iniciarse a las 2 horas pos parto, el 40% describe que este acto deberá iniciarse inmediatamente al nacimiento, ninguna respuesta define que se debe iniciar de 1 a 3 días después del parto. El 93% conoce cada cuanto tiempo debe de darse pecho al niño o niña, el 7% opino que debe de darse de lactar cada hora, ninguna respuesta define que debe de darse de lactar cada 3 horas. Finalmente el 53% describe que para iniciar la alimentación complementaria deberá ser a partir de los 6 meses de vida, el 20% opina que deberá ser cuando el niño o niña lo pida, otro 20% opina que deberá ser hasta que el niño o niña cumpla un año de vida, y el 7% opina que deberá ser a partir de los 5 meses de vida, ninguna respuesta describe que debe iniciarse a partir del primero y cuarto mes de vida.

Finalmente, el 80% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad, conoce la primera leche que debe darse al recién nacido, por los múltiples beneficios que esta proporciona, describiéndola como la primera vacuna, aportación de nutrientes y que ayuda a mejorar la digestión, el 20% representa a 3 de 15 pacientes que describen que la primera leche no debe darse al niño porque no es benéfico. El 60% responde que si es importante la estimulación del pezón durante el embarazo para que el niño (a) tenga un buen agarre y el 40% de las pacientes describen que este hecho puede ser doloroso por tanto no lo realizaran.

## Grafica # 1

Edad



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

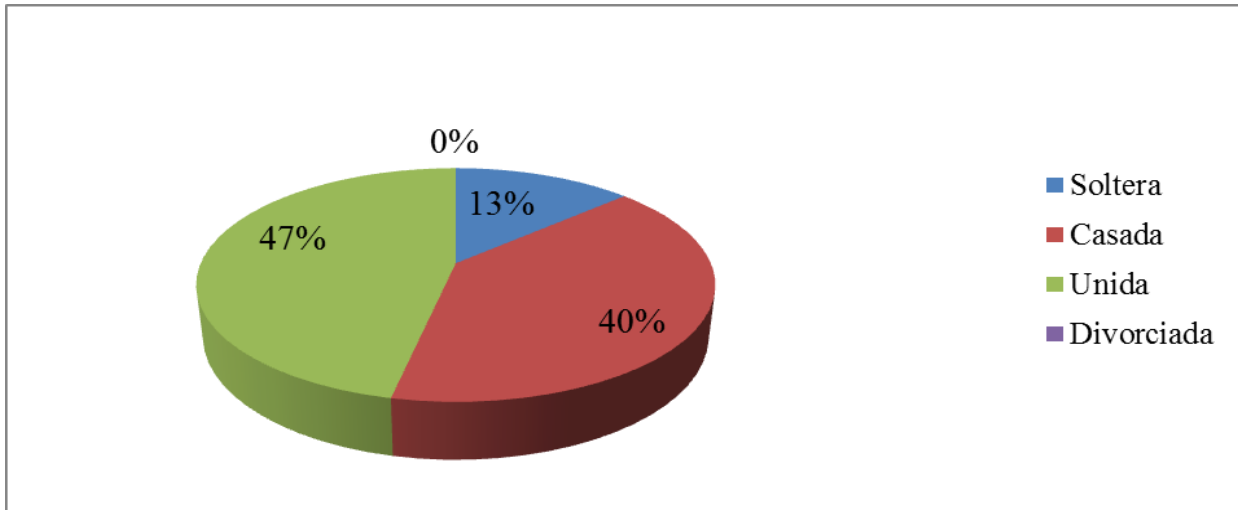
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital de Sayaxché, Petén, el 53 % oscila en las edades de 10 a 20 años y el 47% en las edades de 20 a 30 años. En el desarrollo del estudio se identifica que el mayor número de madres primigestas son madres jóvenes, dato que nos orienta a la búsqueda de estrategias de enseñanza aprendizaje y mejorar las prácticas de la lactancia materna en el servicio.

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Biblioteca Médica Nacional. Embarazo en Adolescencia, de la república de Cuba. Santana, A. (2018). “Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre jóvenes de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados” (p. 2)

El mayor número de madres refieren que solo estudiaron el nivel primario de escolaridad, parte de la cultura de la población maya q'eqchí, sumando a ello las jóvenes se casan muy jóvenes, por tanto se da el hecho embarazarse tempranamente, así mismo el patriarcado en la cultura citada anteriormente prohíbe en su mayoría la planificación familiar otro factor influyente en los embarazos en la adolescencia.

## Grafica # 2

### Estado civil



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

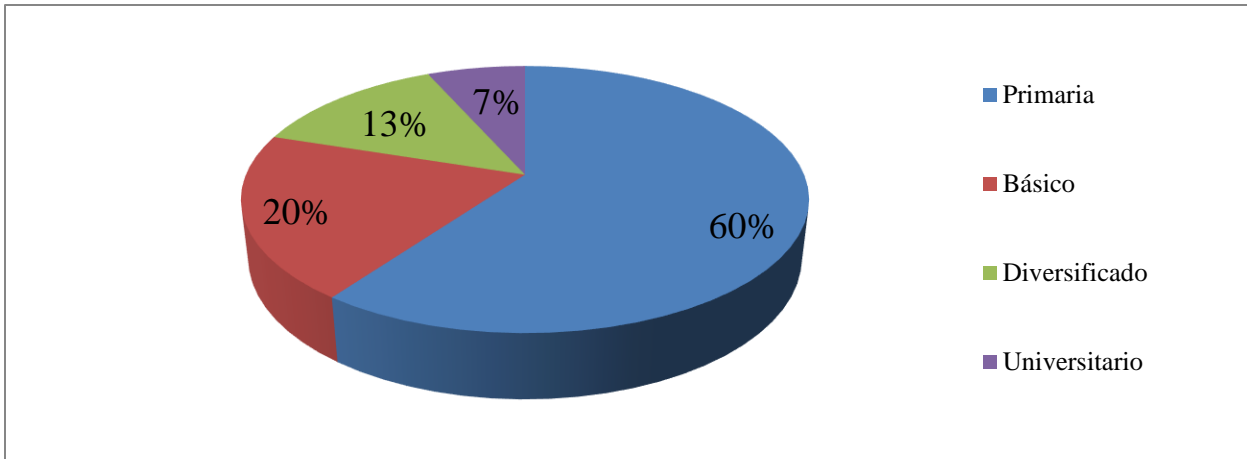
Del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 47 % responde que viven en unión de hecho, el 40% son casadas y el 13 % son madres solteras, 0 número de madres divorciadas. Durante este periodo es importante rodearse de personas que pueden brindar el apoyo que se necesita; el esposo tiene la responsabilidad de apoyar a la lactante y estar involucrado en todo el proceso.

Alvarado, L., Guarín, L. y Cañón Montañez, W. (2011). La propuesta de Ramona Mercer, se centra en el papel maternal, Mercer abarca varios factores maternos; edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además, define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar a cabo los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad (p.195)

Dos de las madres refieren que este proceso será distinto comparado con aquellas madres que si cuentan con el apoyo de su cónyuge, porque serán ellas las que trabajaran para la crianza de su hijo por tanto los abuelos maternos asumen el cargo de cuidadores y lo práctico para ellas será brindar leche de formula lo cual genera un costo y los riesgo que con lleva a que su hijo adquiera enfermedades infecciosas.

### Grafica # 3

#### Grado de escolaridad



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

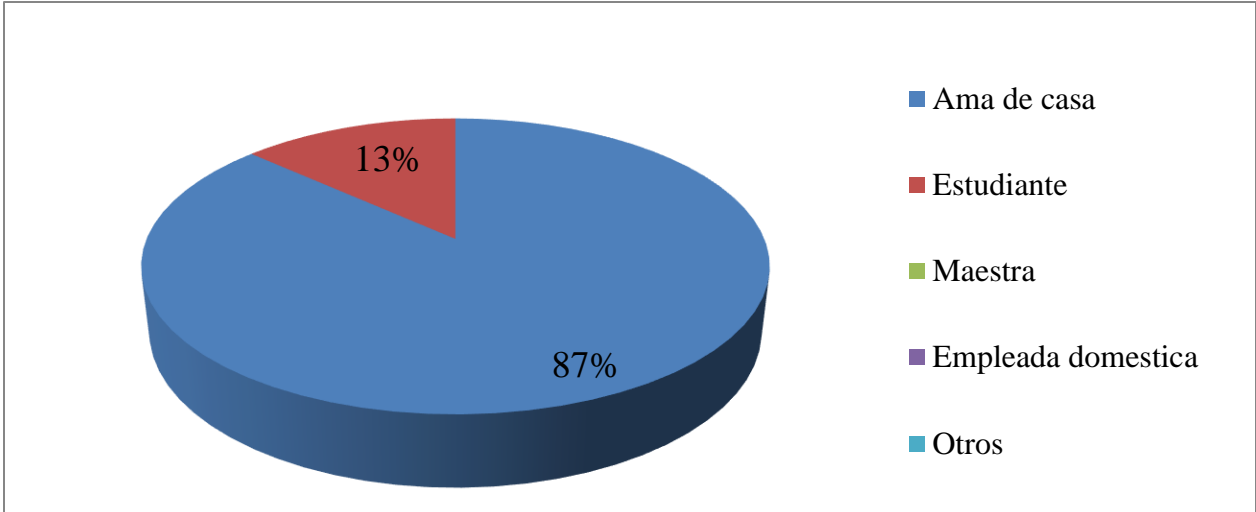
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad el 60 % responde que cursaron el nivel primario de escolaridad, el 20% responde que cursaron el nivel básico, el 13% el nivel diversificado y el 7% el nivel universitario. Parte de la cultura maya q'eqchi en donde las mujeres únicamente deben dedicarse a las labores domésticas, en esta población se evidencia que el mayor grupo que asiste a la escuela son hombres. Es importante señalar que la educación es esencial para que las mujeres puedan alcanzar sus metas en la vida y puedan convertirse en agentes de cambio.

Así mismo el bajo nivel educacional y socioeconómico, la precocidad del inicio de la actividad sexual, la no utilización de métodos anticonceptivos, antecedentes maternos de embarazos en adolescentes y la falta de orientación sexual son algunos de los factores de riesgo para una gestación temprana. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Biblioteca Médica Nacional. Embarazo en Adolescencia, de la república de Cuba. (Santana, A, 2018, p.2).

Madres refieren que en el área rural los padres de familia a las niñas únicamente les dan la oportunidad de estudiar el nivel primario, sumado a ello durante el ciclo escolar existe una gran deserción de muchas de ellas, porque no existe una cultura familiar que las instruya desde niñas que asistir a la escuela es un deber para formar adultos de cambio productivos para la sociedad.

## Grafica # 4

### Ocupación



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

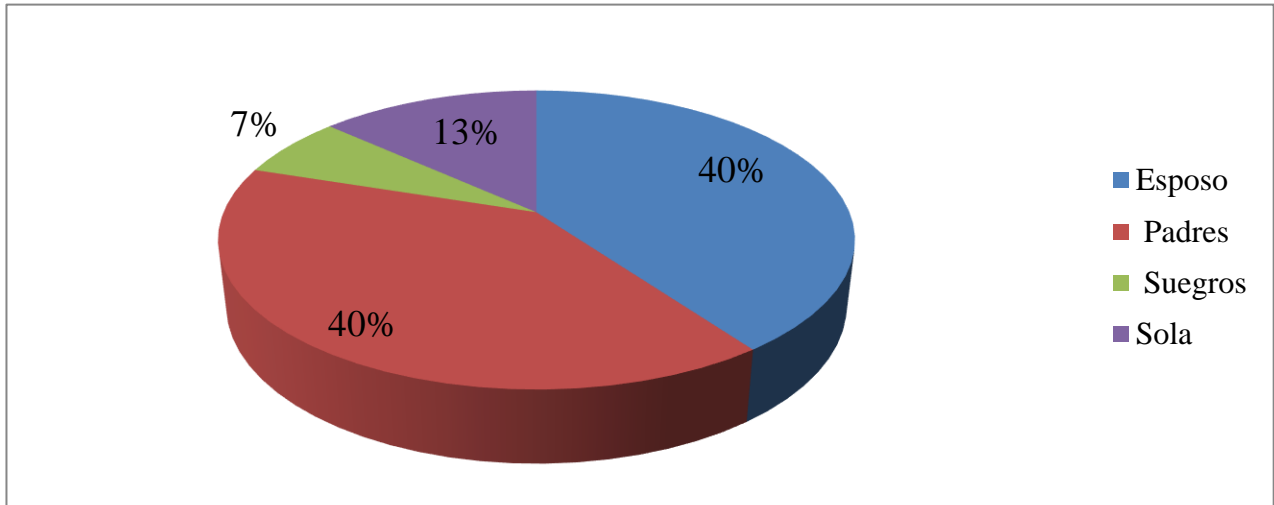
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad, el 87 % responde que son amas de casa, el 13% responde que son estudiantes, no se muestra ningún dato que refleje que las madres se dediquen a labores de docencia, empleada doméstica u otros oficiosos, se evidencia un factor importante, 13 de 15 madres encuestas se dedican únicamente a las labores como amas de casa, teniendo la oportunidad de organizar sus actividades y tener el tiempo necesario para brindar una lactancia marteña exclusiva sin ningún inconveniente.

El desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes. El estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño. (Osorio, D., 2013)

La mayor parte de madres refieren que sus actividades son domésticas, por tanto el hecho de brindar lactancia materna exclusiva no se les dificulta y de esta manera podrán alimentar a su hijo (a) sin utilizar formulas innecesarias.

## Grafica # 5

Con quién vive



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 40 % responde que viven con su esposo, el otro 40% responde que viven con sus padres, el 13 % viven solas, y el 7 % respondieron que viven con sus suegros. 11 Número de madres de origen maya q'eqchi, es importante resaltar que como parte de su cultura cuando una pareja se casa o se une a partir de entonces su domicilio será con sus suegros, por tanto, la mujer en esta etapa de vida cuenta con el apoyo de la mayor parte de su familia.

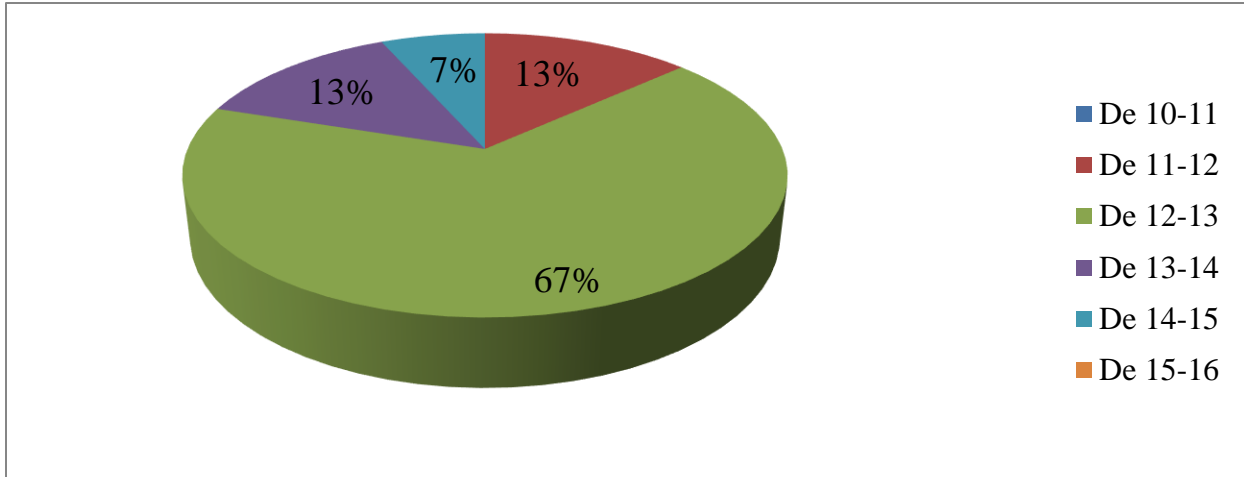
Antiguamente, la maternidad se vivía de una manera más colectiva que hoy en día en nuestra cultura. Las familias eran extensas, vivían en pequeños pueblos o en grupos amplios de personas que establecían entre sí una intensa red de apoyo social. (Ventura, 2019, sp)

El mayor número de madres encuestadas hacen mención que los suegros juegan un papel importante en este momento de vida, culturalmente es una realidad que las familias sean extensas, vivan unidas y en convivencia, por tanto la madre lactante cuenta con el apoyo incondicional de sus familiares cercanos.



## Grafica # 6

A qué edad fue su primera menstruación



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

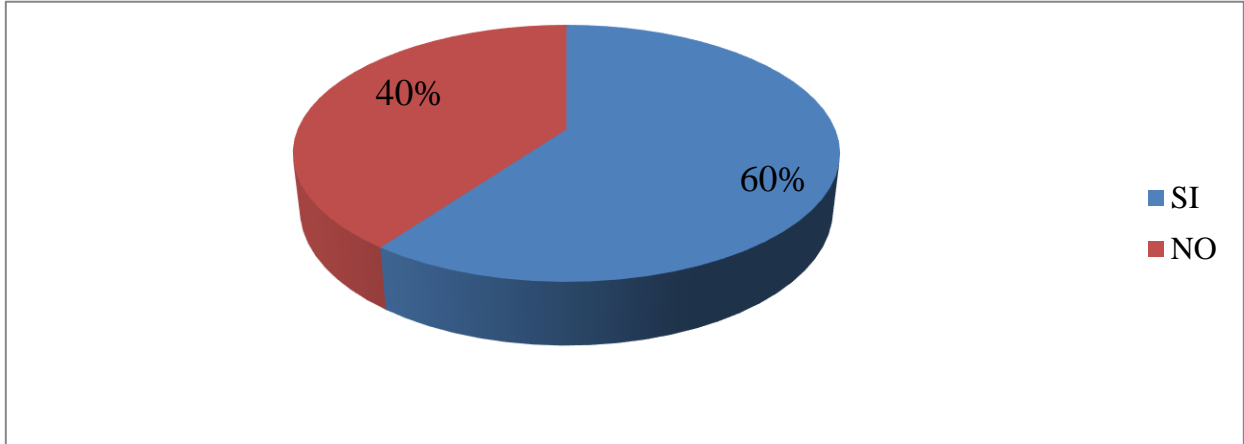
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad, el 67 % responde que su primera menstruación sucedió entre las edades de 12 a 13 años, el 13% responde que sucedió entre las edades de 11 a 12, otro 13% responde que su primera menstruación fue en las edades de 13 a 14 años, y el 7 % responde que sucedió entre las edades de 10 a 11 años. Ningún dato indica que este suceso se llevó a cabo en las edades de 14-15 y de 15-16 años. La mayoría de las niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años de edad, considerando esta etapa de alta vulnerabilidad por los cambios que este hecho genera principalmente físicos y hormonales, las madres, padres o encargados juegan un papel importante en la educación sexual de las niñas en esta etapa.

Esta tendencia alerta en la necesidad de insistir todavía más en las políticas, programas sociales y campañas sobre el tema, y propiciar la comunicación en el hogar, la escuela, el consultorio, la comunidad y los medios de difusión masiva. (Santana, A., 2018, p. 2)

El mayor número de madres exponen que lamentablemente en la transición de niña a adolescente no han logrado tener una educación sexual oportuna por parte de sus padres o educadores, que les permitiera conocer desde niñas todo lo que trae aparejado el desarrollo femenino y la mala toma de decisiones con respecto a su salud reproductiva.

## Grafica # 7

Considera usted que aparte de la leche materna que su hijo consume, es necesario complementar con tomas de agua de azúcar, anís, arroz o cebada.



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020.

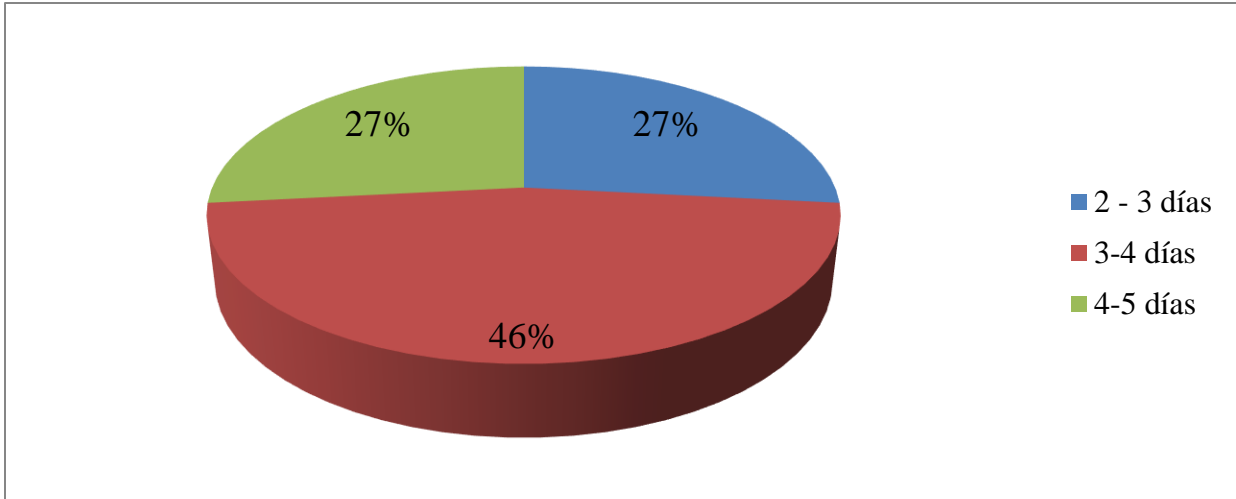
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 60% responde que es importante que los niños en sus primeras etapas de vida ingieran agua de azúcar, anís, arroz o cebada, para ayudarlo a disminuir la sed, quintar el hambre, mejorar su desarrollo, ayudar la digestión, y entrenarlo en el uso de biberones, el 40 % responde que el único alimento que debe darse al niño (a) en las primeras etapas de vida es leche materna. Se evidencia que a un existe desconocimiento que el único alimento esencial para el niño (a) en sus primeras etapas de vida es únicamente la leche materna.

Shellhorn, C., y Valdés, V. (1995). La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida. (p. 1)

Durante el desarrollo de la encuesta se evidencio que la mayor parte de las madres creen que dar líquidos al recién nacido diferentes a la leche materna es un forma de preparar el sistema digestivo para que este reciba otros alimentos sin ningún problema posteriormente, a si mismo exponen que Petén es un Departamento caluroso por tanto el niño necesita aportes de agua y no únicamente leche materna.

## Grafica # 8

Sabe usted a los cuantos días post parto se da la subida de leche



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

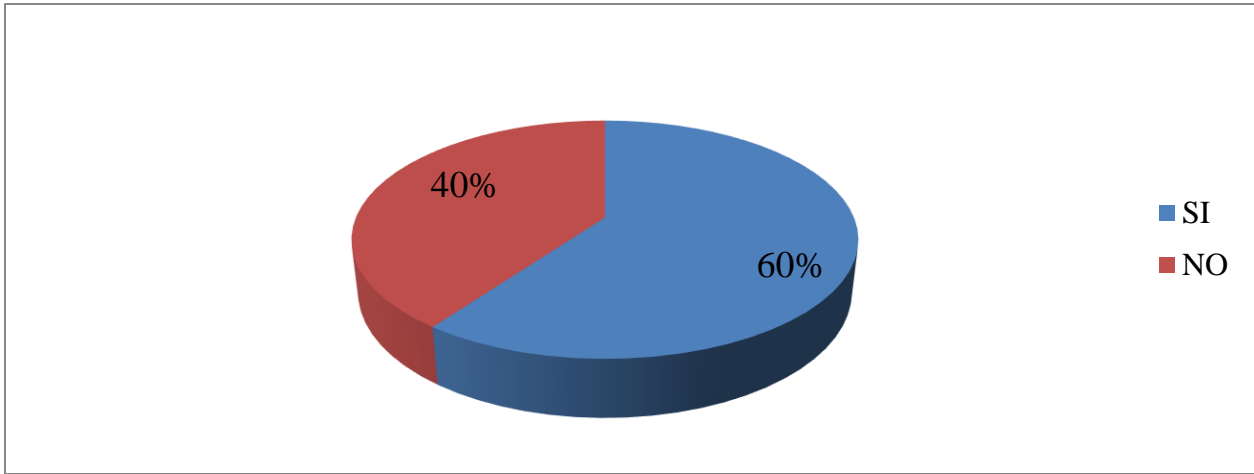
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 46 % responde que la producción abundante de leche materna en el post parto oscila entre el tercero y cuarto día, el 27% responden que esto sucede entre el segundo y tercer día, otro 27% responde que este hecho sucede entre el cuarto y quinto día. 9 número de madres que conocen este suceso natural crucial en las primeras horas de vida del recién nacido; Identificando estos aspectos evitara que la madre se preocupe por la poca producción de leche horas posterior al parto y opte por darle a su hijo fórmulas innecesarias.

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, entre los 8 a 15 días postparto. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. (Shellhorn, C. y Valdés, V., 1995, p.1)

6 de las madres encuestadas hacen mención que desconocen los cambios o transiciones de la leche materna, pero esto no repercute a que ellas brinden lactancia materna ademada.

## Grafica # 9

Ha recibido usted por parte del personal de salud charlas sobre la lactancia materna exclusiva



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

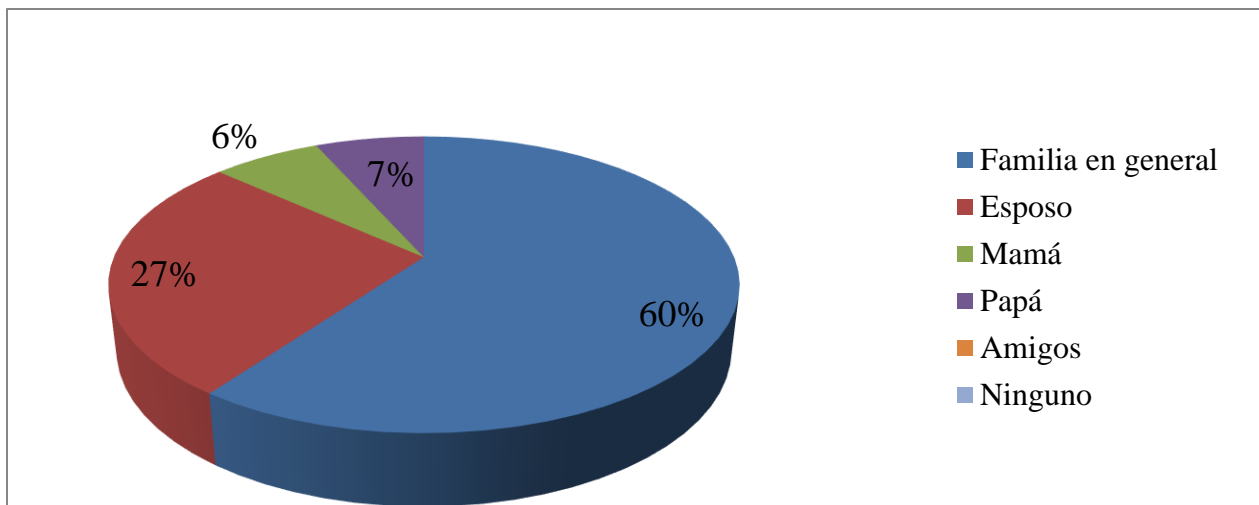
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 60 % responde que si han recibido charlas sobre la lactancia materna exclusiva, el 40% responde que no han recibido charlas sobre dicho tema. En nuestro medio la barrera idiomática es notoria, está no permite dar cobertura en temas educativos a toda la población, el sistema sanitario local ha implementado como estrategia la contratación de traductoras maya q'eqchi parara palear la situación a nivel hospitalario y mejorar las coberturas.

OMS/UNICEF (2018), han presentado una nueva edición de su “Guía de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en los hospitales y centros de salud”. En la guía práctica que acaba de actualizar la OMS se anima a las madres primerizas a amamantar a sus hijos y se dan pautas a los profesionales sanitarios para poder apoyar la lactancia materna y que las mujeres no abandonen precozmente la lactancia materna. (sp)

En el desarrollo del cuestionario en el servicio de maternidad fue necesario el apoyo de una traductora del idioma maya q'eqchi para hacer posible la recolección de datos, dado que el mayor número de los sujetos de estudio son maya hablantes.

## Grafica # 10

Cuenta usted con apoyo familiar durante su proceso embarazo



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché Petén, el 60% responde que cuenta con el apoyo de toda su familia, el 27% responde que solo cuenta con el apoyo de su esposo, el 7% responden que cuentan con el apoyo de sus padres y el 6% responden que cuentan con el apoyo de su madre. Ningún dato refleja que cuentan con el apoyo de amigos o se encuentran solas. Generalmente la llegada de un nuevo ser a la familia causa felicidad, por tanto toda la familia se ve involucrada en el proceso, siendo participe en acciones de benefició para la futura madre.

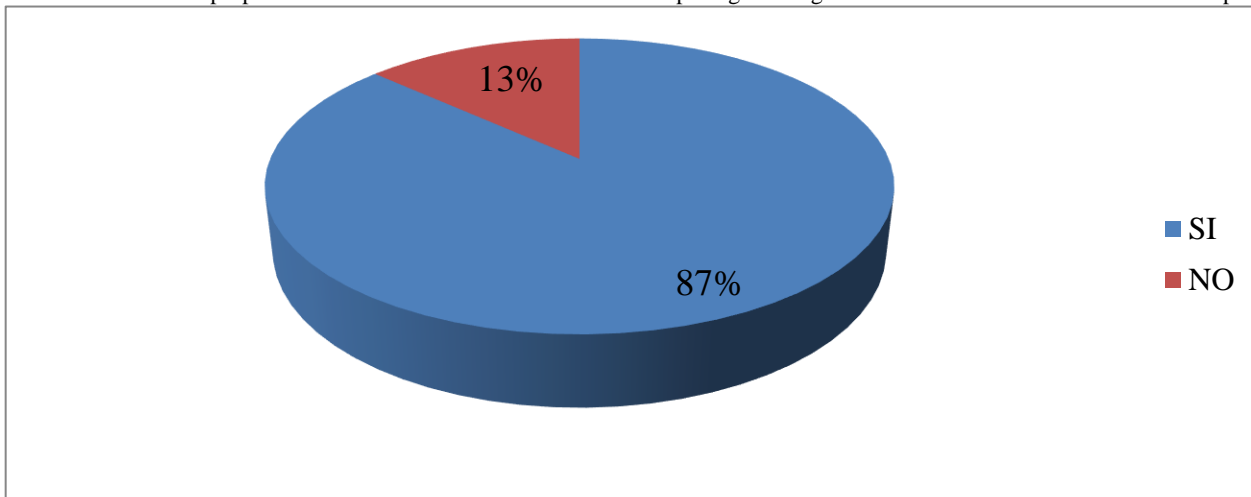
Todas las madres deberían disponer de estas personas sostenedoras a su alrededor durante el puerperio. Sin embargo, cuando la madre se encuentra sola con su hijo, sin este apoyo emocional tan necesario, la conexión emocional madre e hijo se verá dificultada, la lactancia puede verse afectada negativamente y la mujer sentirse desbordada en el cuidado de su hijo. (Ventura, 2019,sp)

Culturalmente como parte de las familias extensas en nuestro medio las madres en esta etapa de vida cuentan con el apoyo de la mayor parte de sus seres queridos, iniciando por los futuros abuelos paternos/maternos.

## Grafica # 11

Ha pensado en darle solo pecho al niño o niña

Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital



Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

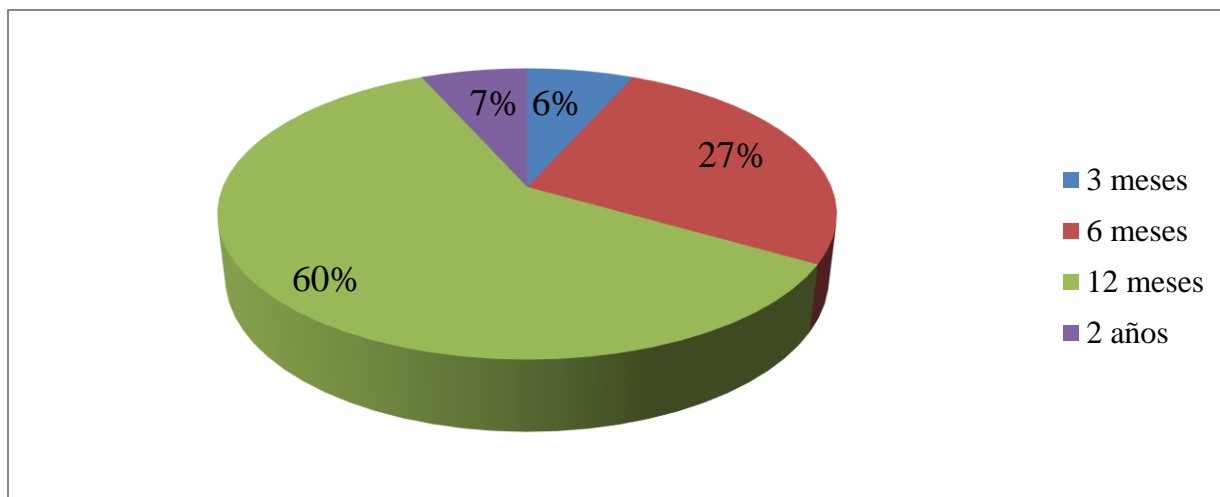
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché Petén, el 87% responde que si brindaran lactancia materna exclusiva, el 13% responden que no brindaran lactancia materna exclusiva. He observado que gran parte de los ingresos de niños (as) al servicio de pediatría y centro de recuperación nutricional es causado por malas prácticas de la lactancia materna. (Prolongación de la lactancia materna exclusiva hasta el año o año y medio de vida aproximadamente, o ingesta de bebidas poco nutritivas en edad temprana).

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, representa un derecho de los niños, las niñas y de sus madres, que trae aparejado un sinnúmero de beneficios, tanto para los propios niños, sus progenitoras y familias. El amamantar garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales de los lactantes. (OMS, 2001, sp)

Madres hacen mención que si durante el transcurso de la lactancia notan que la producción de leche se ve disminuida optaran por suplirla con atoles caseros (agua de masa, culturalmente conocido para suplir la leche materna), optando por esta debido al bajo costo.

## Grafica # 12

Hasta qué edad considera usted que se le debe dar el pecho exclusivamente a su hijo o hija



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

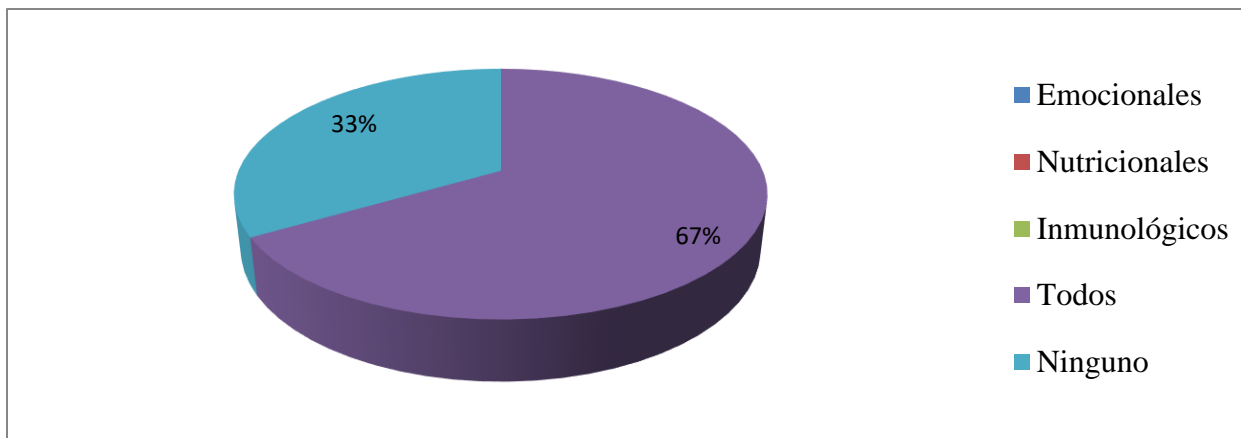
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 60% responde que darán lactancia materna exclusivamente hasta los 12 meses, el 27% responde que brindan lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, el 7% responde que brindaran lactancia materna hasta los 2 años de vida, el 6% responde que se debe de dar hasta los 3 meses de vida. Es importante señalar estos resultados porque se evidencia que la mayor parte de las madres encuestadas desconocen el tiempo exacto que se debe brindar lactancia materna exclusiva, respuesta a la prevalencia e incidencia de casos de desnutrición en nuestro Departamento.

OMS/UNICEF, (2001), recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al niño otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. (sp)

Madres refieren que a medida que el niño crece, será el quien decida el momento de cuando iniciar la ingesta de otros alimentos, este hecho no deberá ser impuesto ni limitado por la madre.

### Grafica # 13

Cuáles son las ventajas o beneficios de dar leche materna exclusiva para el niño o niña, para la mamá y papá.



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020.

El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 67% identifica los beneficios que aporta la lactancia materna exclusiva, el 33% responde que no aporta mayores beneficios. Dentro de las ventajas que se destacan brindar lactancia materna exclusiva están; para el niño(a) grandes aportes nutricionales e inmunológicos, el vínculo madre e hijo, disminuye el riesgo de padecer enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas como la diabetes. Para la madre; vínculo madre e hijo, recupera el peso anterior al embarazo, disminución de riesgo de padecer cáncer de mama y cérvico uterino, así mismo disminuye el riesgo de padecer diabetes tipo 2. Para el padre, principalmente en la economía (no será necesario la compra de sucedáneos de la leche materna y las visitas al médico por enfermedad serán escasas).

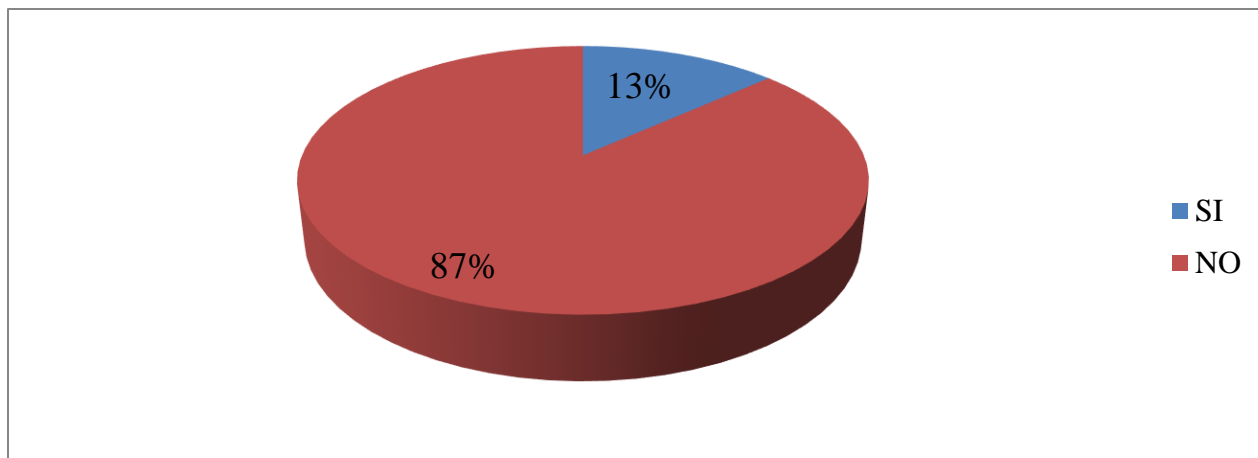
La lactancia materna salva vidas, promueve un mejor desarrollo integral de los niños; disminuye el riesgo y la gravedad de enfermedades infecciosas, como diarrea, neumonía y otitis; disminuye el riesgo de muerte en los niños amamantados y actúa como un factor protector. Fortalece el vínculo madre-hijo, favoreciendo una estrecha interacción entre ambos. (Martín, M., 2014, p. 18)

Madres encuestadas creen que los beneficios de brindar lactancia materna exclusiva son únicamente para el lactante y que ellas únicamente deben cumplir con la tarea de alimentarlos.



## Grafica # 14

Sabe usted que es el calostro



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

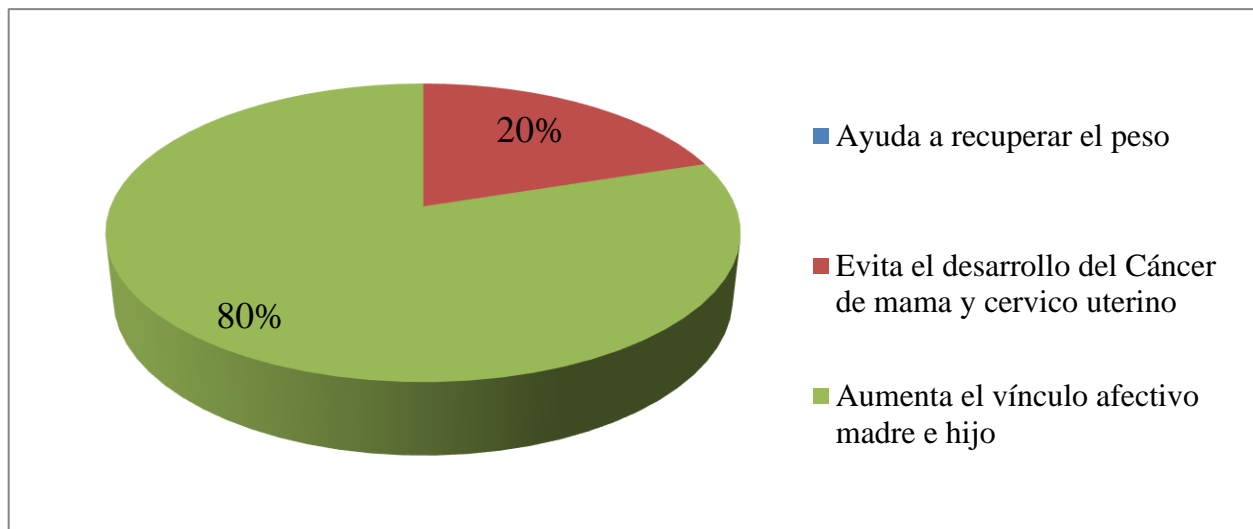
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 87% desconoce que es el calostro, y el 13 % responde que si conoce que es esta sustancia. Es importante que las madres identifiquen que es el calostro la diferencia en la coloración y consistencia, sustancia que no es abundante como la leche madura, y que este hecho es transitorio y fundamental para el recién nacido.

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. (Shellhorn, C., y Valdés, V. (1995, p.1)

Al indagar sobre el tema identificamos que el hecho de que las madres desconozcan el nombre que se le da a la primera sustancia que se produce en el pecho materno horas posterior al parto, no repercute a que se pueda brindar lactancia materna exclusiva en las primeras horas post parto.

## Grafica # 15

En qué le ayuda a usted el hecho de brindar lactancia materna exclusiva a su hijo o hija.



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

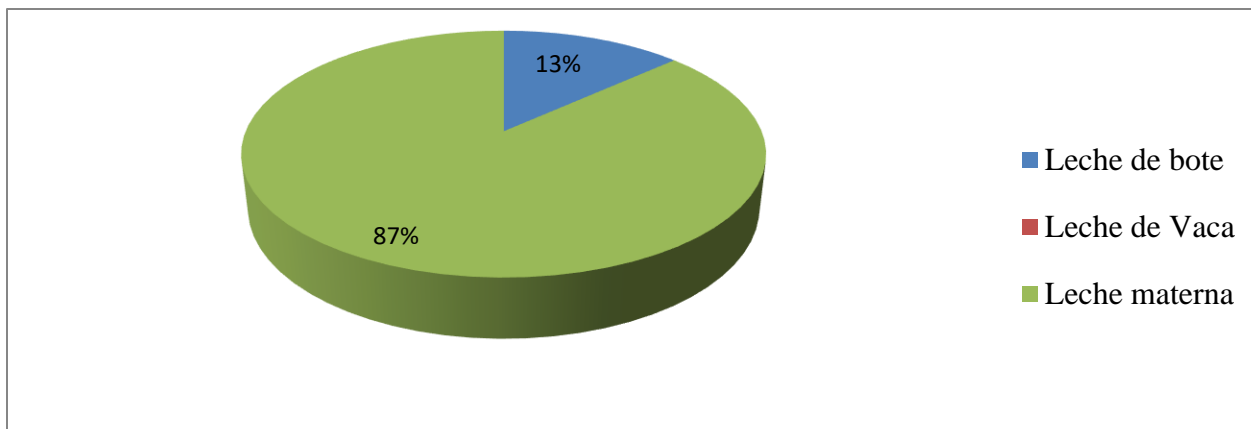
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 80% responde el hecho de brindar lactancia materna exclusiva aumenta el vínculo madre e hijo y el 20% responde que evita el desarrollo de cáncer de mama y cérvico uterino. Es vital que las madres conozcan los beneficios (hijo, madre y padre), que genera el hecho de brindar lactancia materna y a la vez sentirse motivadas y auto ayudándose a la prevención de patologías asociadas como la diabetes tipo 2, obesidad, cáncer de mama y cérvico uterino, Así mismo las ventajas económicas que esta práctica genera a la familia.

Para las madres diabéticas es positivo dar el pecho porque necesitan administrarse menos cantidad de insulina artificial durante la lactancia. Además, la lactancia materna es un perfecto antidiabético, ya que las madres diabéticas metabolizan mejor la glucosa. Cuando la madre da el pecho al niño, la glucosa sobrante se transforma en energía para producir leche y sintetizar la lactosa. (Ventura, 2000-2020, sp.)

Madres creen que los beneficios de brindar lactancia materna exclusiva son únicamente para el lactante y que ellas únicamente deben cumplir con la tarea de alimentarlos.

## Grafica # 16

Qué tipo de leche cree que es la mejor para su hijo o hija



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

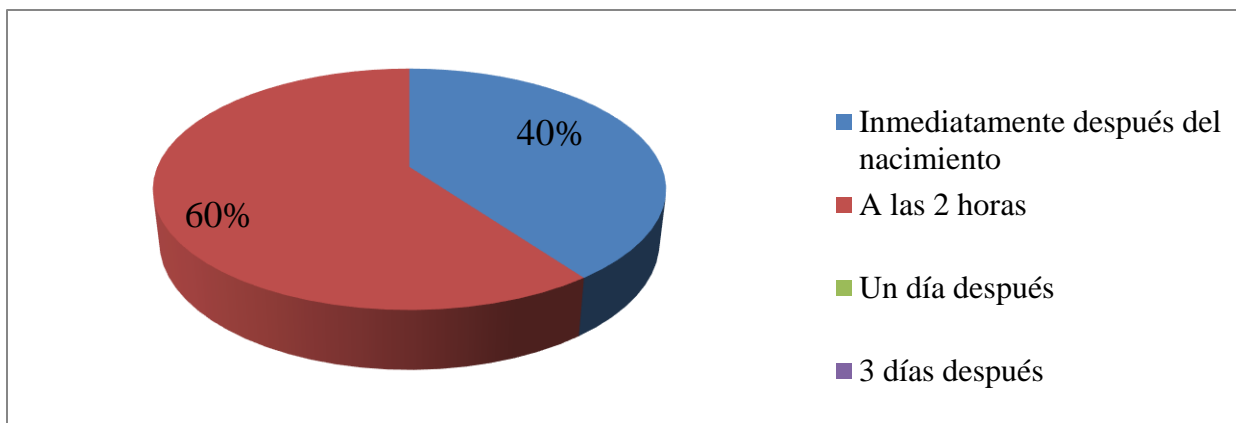
El resultado indica que 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén. El 87% conoce que la mejor leche que debe consumir su hijo (a) es únicamente leche materna y el 13% opina que la mejor leche para sus hijos es la de bote. Es evidente que las empresas invierten significativamente en la promoción de sucedáneos de la leche materna, estos superan la promoción que el sistema sanitario hace referente a los beneficios de lactancia materna; lo que las madres deben conocer es que ninguna fórmula iguala o supera las propiedades nutricionales e inmunológicas que aporta la leche materna.

Paredes, E., Trujillo, L., Chávez, M., Romro, A., Leon, D, y Muñoz Cortez, G. (2017). La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños recién nacidos los nutrientes que necesitan para su crecimiento y desarrollo de forma sana. La leche materna es un producto biológico esencial compuesto de carbohidratos, lípidos, proteínas, calcio, fósforo, vitaminas, elementos trazos, factores de crecimiento y hormonas, que favorece la digestión y mantiene hidratado al recién nacido. (p. 2)

Durante el estudio se evidencio la presencia de biberones, al abordar el tema madres exponen que lo tienen como un recurso de segunda opción; si la leche producida en las primeras horas no es suficiente para el recién nacido optaran por un sucedáneo de la leche materna.

## Grafica # 17

Cuándo se debe iniciar a dar lactancia materna



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

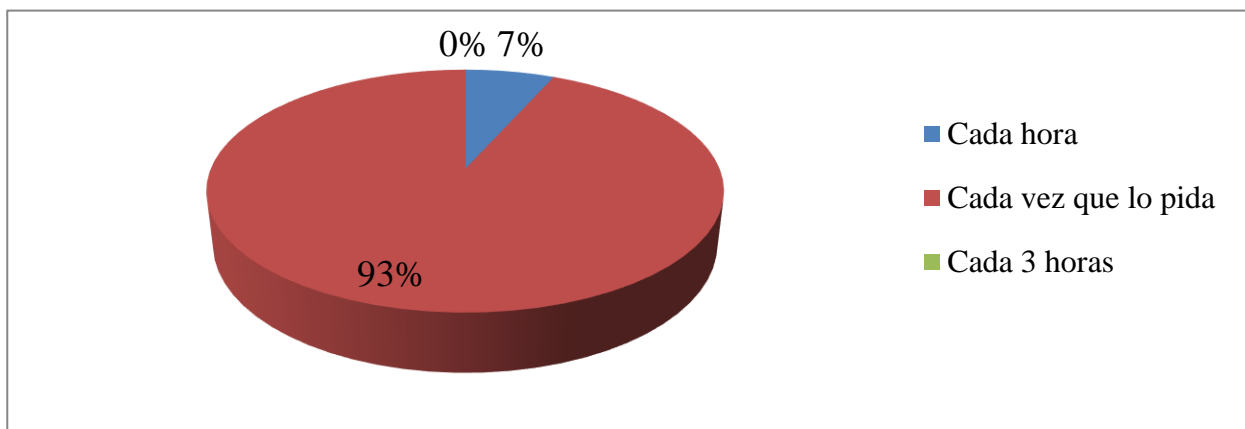
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 60% describe que la lactancia materna debe iniciarse a las 2 horas pos parto, el 40% describe que debe iniciarse inmediatamente al nacimiento, ninguna respuesta define que se debe iniciar de 1 a 3 días post parto. Hora dorada, en este momento se debe colocar el recién nacido al pecho materno para que desarrolle sus reflejos y así evitaremos el síndrome de con fusión del pezón, a la vez este hecho ayuda a las contracciones uterinas y acelera el alumbramiento. El personal sanitario del servicio debe cumplir con esta técnica con todas sus pacientes post parto para garantizar desde el primer momento una lactancia materna temprana, exclusiva y exitosa.

Lactancia materna, FAO (1979). Iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la producción de leche de la madre, también contribuye a que el útero de la madre se contraiga factor que reduce el peligro de una hemorragia o de una infección, el suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida se conoce como inicio temprano de la lactancia materna asegurando que el recién nacido recibe el calostro, sustancia rica en factores de protección. (sp).

Un número significativo madres refieren, que no fue posible dar de lactar inmediatamente posterior al parto, siendo la mayoría post cesaría.

## Grafica # 18

Cada cuánto tiempo debe darle el pecho a su hijo o hija



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

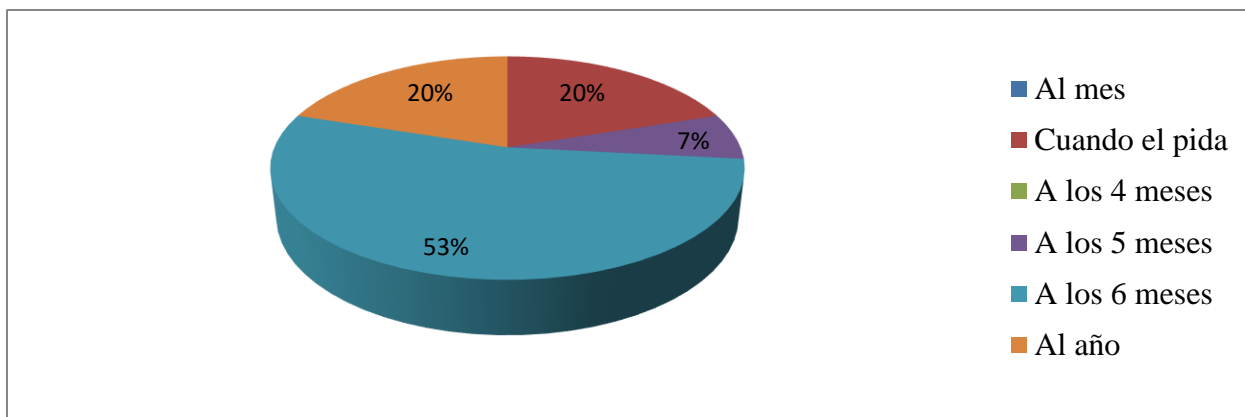
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 93% conoce cada cuánto tiempo debe de darse pecho al niño o niña, el 7% opino que debe de darse de lactar cada hora, ninguna respuesta define que debe de darse de lactar cada 3 horas. Es importante que el personal sanitario del servicio aproveche el internamiento de las pacientes para abordar el tema de la lactancia, haciendo énfasis en que las tomas de leche del niño o niña deberán ser a demanda y el tiempo que el lactante necesita para alimentarse.

Es increíble la capacidad de autorregulación que tiene el niño lactante. Lógicamente, no podemos saber la cantidad de leche que toma el lactante del pecho, además la consistencia de la leche de cada toma, e incluso la de cada pecho y cada lóbulo mamario, es diferente. Cuando necesita, pide, por tanto, la clave para una buena alimentación es ofrecerle el pecho a demanda, es decir siempre que lo pida. (Rovati, L., 2012, sp)

Madres exponen que el hecho de brindar lactancia materna a demanda y sin tiempo establecido es agotador, pero ellas deberán mantener a su hijo saciado y nutrido ya que es su deber como madres.

## Grafica # 19

Hasta qué edad se debe empezar a darle a su hijo o hija alimentos diferentes a la leche materna



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

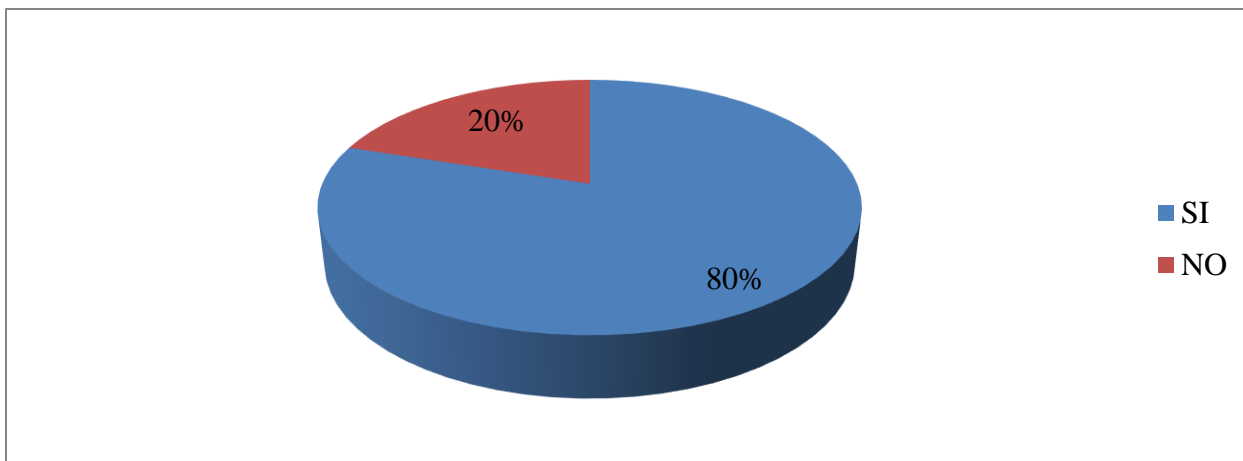
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 53% describe que la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses de vida, el 20% opina que deberá ser cuando el niño (a) lo pida, otro 20% opina que deberá ser hasta el año de vida, el 7% opina que deberá ser a los 5 meses de vida, no existe respuesta que describa que debe iniciarse del primero al cuarto mes de vida. 6 meses edad pertinente para el inicio de la alimentación complementaria, edad en la que el niño ya alcanza la madurez digestiva, proceso que deberá llevarse paralelo a la lactancia materna. El inicio de la alimentación complementaria es considerada una fase de gran vulnerabilidad en las familias con pobreza y pobreza extrema, en nuestra región se manifiesta con el número de niños mal nutridos.

Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. (Martin, M., 2014, p. 22)

Un número significativo de madres exponen que el niño (a) será quien decide el momento oportuno para iniciar la alimentación complementaria que está no deberá ser impuesta ni limitada por la madre.

## Grafica # 20

La primera leche que sale del pecho de la madre debe de darse al niño o niña



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

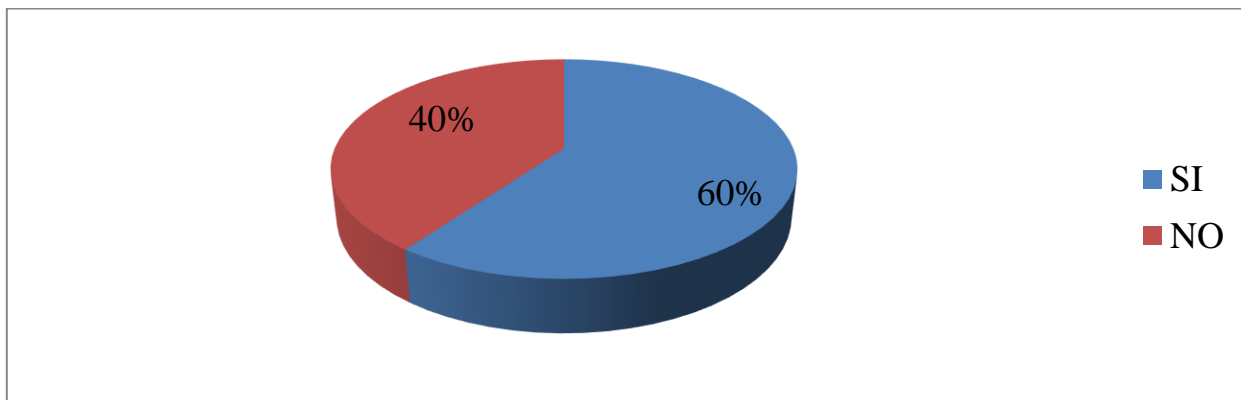
El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 80% de madres reconocen que la primera leche deberá darse al niño (a), el 20% describe que la primera leche no debe de darse al niño porque no es benéfico. Se considera importante el seguimiento de la paciente en el servicio después del parto; Por diversos factores, uno de los esenciales es evaluar el proceso del inicio temprano de la lactancia y como lo afronta la madre las primeras horas, el apoyo psicológico, calmar el estrés y el asesoramiento sobre este proceso es esencial.

El calostro no es leche mala, ni falsa, es fundamental para el niño. Está compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas, carbohidratos y otros componentes, conformando un líquido seroso. Poco a poco, el calostro se va volviendo más ligero y blanquecino, dando lugar a la leche. De modo que hasta la subida de la leche, el niño no necesita ningún otro alimento. (Maldonado, L., 2019, sp)

En el grupo de estudio se evidencia que la mayor preocupación de las madres post parto, es que en las primeras horas posteriores a ello no hay producción abundante de leche materna, causando estrés y tensión lo que las lleva a optar por el inicio del formulas innecesarias.

## Grafica # 21

Considera usted que la formación del pezón durante el embarazo es importante para garantizar al niño o niña una lactancia materna exitosa.



Fuente: Elaboración propia. Datos de la encuesta realizada a madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital Distrital Sayaxché, Petén. Mayo 2020

El resultado indica que del 100% de madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad del Hospital distrital Sayaxché, Petén, el 60% responde que, si es importante la estimulación del pezón, el 40% de las pacientes describen que este hecho puede ser doloroso por tanto no lo realizaran.

Es importante resaltar que el agarre del niño no es directamente del pezón si no que la mayor parte es de la areola, por tanto, un pezón plano/invertido no contraindican la lactancia, aunque sí la dificulta he aquí la importancia del apoyo del personal sanitario para hacer posible una lactancia materna exitosa he indolora.

Cuando el recién nacido haya abierto bien la boca y bajado la lengua, acérquelo rápidamente al pecho. El recién nacido debe meterse en la boca tanta areola como sea posible y se debe ver una mayor parte de la areola sobre el labio superior que debajo del inferior. (Kids health, 2018, sp).

Del grupo de estudio se evidencia que ninguna madre tiene problemas de pezón plano/invertido, solo existe temor de que tos se lesionen al momento de lactar. Diversos estudios en la actualidad muestran que existen técnicas y procedimientos que ayudan a mejorar la formación del pezón materno, los resultados han sido poco significativos, estos son procedimientos dolorosos causando en las madres traumas, llevándolas a la negación de brindar lactancia materna.



## Conclusiones

El resultado de este estudio fue satisfactorio, porque finalmente se logró el objetivo esperado, logrando identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres primigestas ingresadas en servicio de maternidad teniendo como resultado un sesenta por ciento (70%) de madres que opinaron que es importante que los niños y niñas en las primeras etapas de vida ingieran agua (de azúcar, anís, arroz o cebada), para ayudarlo a disminuir la sed, quintar el hambre, mejorar su desarrollo, ayudar la digestión, y entrenarlo en el uso de biberones, así mismo el cuarenta por ciento (40%) de las madres responden que el único alimento que debe darse al niño (a) en las primeras etapas de vida es únicamente leche materna.

Es fundamental que toda madre conozca que la leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para los niños y niñas en los primeros seis meses de vida. Las estadísticas demuestran que el sesenta por ciento de las madres encuestadas opinaron que brindarían lactancia materna exclusivamente hasta los doce meses, el veintisiete por ciento (27%) describe que brindan lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, Asimismo, el siete por ciento (7%) responde que brindarían lactancia materna hasta los dos años de vida, finalmente el seis por ciento (6%) responde que se debe de dar hasta los tres meses de vida. Es importante señalar estos resultados porque se evidencia que la mayor parte de las madres encuestadas desconocen el tiempo exacto para brindar lactancia materna exclusiva.

Un número significativo de madres aún desconocen los grandes beneficios que aporta el hecho de brindar lactancia materna exclusiva, las estadísticas demuestran que el sesenta y siete por ciento (67%) reconoce tales beneficios y el treinta y tres por ciento (33%) refiere que no aporta mayores beneficios. Es importante resaltar que el agarre del niño al pecho no es directamente del pezón si no que la mayor parte es de la areola, por tanto, un pezón plano/invertido no contraindican la lactancia, aunque sí la dificulta. Los resultados del estudio nos muestran que el sesenta por ciento (60%) de las madres opinan que es importante la formación del pezón y el cuarenta por ciento (40%) de las madres describen que este hecho puede ser doloroso.

## **Recomendaciones**

Que se continúe con estudios similares para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres primigestas que ingresan al servicio de maternidad del Hospital distrital de Sayaxché, Petén es el punto inicial para conocer las deficiencias en el servicio en cuanto al desarrollo de actividades del personal involucrado en la atención al paciente, como abordan el tema de educación al usuario y si existe o no tal cobertura y a la vez sugerir a enfermera jefe de servicio el cumplimiento de las mismas.

Es fundamental que el servicio de maternidad cuente con material educativo ilustrativo traducido en el idioma maya q'eqchi en donde el mensaje de la importancia de brindar una lactancia materna exclusiva sea evidente al público, y a través de ello lograr fortalecer los conocimientos de las madres ingresadas, contribuyendo a mejorar las prácticas de la lactancia materna.

El resultado del estudio orienta a la entidad Hospitalaria a crear políticas y estrategias internas para fortalecer acciones fomentando la promoción de la salud, con énfasis en temas de la lactancia materna, a través de la formación de un equipo multidisciplinario que involucre trabajadora social, Médico Ginecoobstetra, psicóloga y Enfermera jefe de servicio, responsables de capacitar, monitorear y supervisar al personal asignado para la ejecución de las acciones educativas (auxiliares de enfermería y educadora en salud Hospitalaria).

Brindando educación personalizada, demostrativa con traducción al idioma maya q'eqchi si fuese necesario es parte de la estrategia que el equipo multidisciplinario del servicio de maternidad deberá implementar para lograr cambios significativos sobre las buenas prácticas de la lactancia materna. Esperando como resultado menores ingresos de niños y niñas al servicio sanitario por enfermedades diarreicas, respiratorias y nutricionales.

## Referencias

- Alvarado, L., Guarín, L. y Cañón-Montañez, W. (2011). *http://www.scielo.org.co/*. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732011000100015&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732011000100015&script=sci_abstract&tlng=es)
- Alvarado, L., Guarni, L., Cañon, M., Y Wilson. (2011). *www.redalyc.org*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178015.pdf>
- Alvarez, P. (2013). *catalogoinsp.mx*. Obtenido de <https://catalogoinsp.mx/files/tes/12921.pdf>
- Anguita, M. (2011). *core.ac.uk/download/*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/46551922.pdf>
- Bernal, C. (2002). *www.researchgate.net/publication/*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/237041260\\_Etica\\_de\\_la\\_responsabilidad\\_moral\\_del\\_ser\\_humano\\_Un\\_fundamento\\_evolucionista\\_de\\_la\\_naturaleza\\_humana\\_y\\_su\\_correlacion\\_con\\_los\\_Derechos\\_Humanos](https://www.researchgate.net/publication/237041260_Etica_de_la_responsabilidad_moral_del_ser_humano_Un_fundamento_evolucionista_de_la_naturaleza_humana_y_su_correlacion_con_los_Derechos_Humanos)
- BOE, A. (2002). *www.boe.es/buscar/pdf/2002/*. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- Burgos, E. (2016). *www.guiadelnino.com*. Obtenido de <https://www.guiadelnino.com/alimentacion/lactancia-materna/estrategias-para-que-el-bebe-se-agarre-a-un-pezon-plano-o-invertido>
- CALMA. (2013). *drive.google.com*. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/0ByjlbarM-3DXcnVtbnJhajBrWGM/view>
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Biblioteca Médica Nacional. Embarazo en Adolescencia, de la república de Cuba. Santana, A. (2018). *files.sld.cu/*. Obtenido de <https://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/bibliomed-suplemento-enero-2018.pdf>

- Clinic, M. (2019). *www.mayoclinic.org*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mastitis/symptoms-causes/syc-20374829>
- Diaz, B., Mazariegos, Y., Maldonado, C., Penados, M. Y Ico Coc. (2017). *Diagnóstico del cuidado de enfermería del departamento clínico del Hospital distrital de Sayaxché, Petén*. Petén, Guatemala.
- Emanuel, E. (2005). *bioeticacs.org/iceb/seleccion\_temas/investigacionEnsayosClinicos*. Obtenido de [https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel\\_Siete\\_Requisitos\\_Eticos.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf)
- Escalante, G. (2016). <http://www.postgrados.cunoc.edu.gt>. Obtenido de <http://www.postgrados.cunoc.edu.gt/tesis/f53effac21bcee45aa78b23881b148e4b9543cbc.pdf>
- FEEDING, D. (2018). *sld.cu/noticia/2018/08/01/*. Obtenido de <http://www.sld.cu/noticia/2018/08/01/semana-mundial-de-la-lactancia-materna-2018>
- Guatemala, L. d. (2018). *ligadelalecheguatemala.org/*. Obtenido de <https://www.ligadelalecheguatemala.org/quienes-somos>
- Health, K. (2017). *faros.hsjdbcn.org*. Obtenido de <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/cuales-posiciones-mas-comunes-amamantar-bebe>
- health, k. (2018). *kidshealth.org*. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/parents/nursing-positions-esp.html>
- INCAP. (2020). <http://www.incap.int/>. Obtenido de <http://www.incap.int/index.php/es/listado-de-documentos/publicaciones-incap/covid-19/473-recomendaciones-para-la-alimentacion-saludable-durante-covid-19/file>
- Kollodge, R. (2013). *www.unfpa.org*. Obtenido de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

- La Liga de la Leche, E. (2020). <http://www.laligadelaleche.es/>. Obtenido de <http://www.laligadelaleche.es/lil/index.htm>
- Lactancia, A. (2008). [mimosytta.files.wordpress.com](https://mimosytta.files.wordpress.com/2008/07/pezones-planos-o-invertidos.pdf). Obtenido de <https://mimosytta.files.wordpress.com/2008/07/pezones-planos-o-invertidos.pdf>
- Leche., L. L. (2019). <http://www.laligadelaleche.es/>. Obtenido de [http://www.laligadelaleche.es/lactancia\\_materna/salud\\_bucodental/Folleto-salud-bucodental-y-LM.pdf](http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/salud_bucodental/Folleto-salud-bucodental-y-LM.pdf)
- Loéz, A; Linares, A. Y López Medina,. (2015). <http://scielo.isciii.es/>. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100008)
- Lozano, R., Y Hernandez, M. (2016). <http://www.scielo.org.co/>. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a02.pdf>
- Marcos, I. (2013). [albalactanciamaterna.org](http://albalactanciamaterna.org). Obtenido de <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/pezones-planos-e-invertidos/>
- Mardonado, Z. (2019). [facebook.com/notes/dra-lizeth-maldonado/](https://www.facebook.com/notes/dra-lizeth-maldonado/). Obtenido de <https://www.facebook.com/notes/dra-lizeth-maldonado/todo-lo-que-debes-saber-para-tener-una-lactancia-materna-feliz/2049250205219144/>
- Martin, M. (2014). [www.who.int](http://www.who.int). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Mondello., C. G. (2013). [www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/](http://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/). Obtenido de <https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>
- Navarra. (2009). [zonahospitalaria.com](http://zonahospitalaria.com). Obtenido de <https://zonahospitalaria.com/embarazo-y-parto-despues-de-los-40-anos/>
- OMS. (2001). [www.who.int](http://www.who.int). Obtenido de [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)

- OMS. (2017). *hospitalcruzrojacordoba.es*. Obtenido de <https://hospitalcruzrojacordoba.es/consejos-de-salud/beneficios-lactancia-materna-bebe-e-lactancia-medicamentos/>
- OMS. (2018). *mujerymadrehoy.com*. Obtenido de <https://mujerymadrehoy.com/la-oms-actualizalos-10-pasos-para-la-lactancia-materna-exitosa/>
- OMS. (2018). *www.who.int*. Obtenido de [https://www.who.int/elena/titles/supplementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/elena/titles/supplementary_feeding/es/)
- OMS. (2019). *www.who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- OPS, O. (2020). *paho.org/es/campañas*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/campa%C3%B1as/semana-mundial-lactancia-materna-2020>
- OPS/OMS. (2013). *www.paho.org*. Obtenido de [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=230:semana-de-lactancia-materna&Itemid=213](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=230:semana-de-lactancia-materna&Itemid=213)
- OPS/OMS En Guatemala. (2010). *www.paho.org*. Obtenido de [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=242:semana-lactancia-materna&Itemid=247](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=242:semana-lactancia-materna&Itemid=247)
- OPS/OMS y UNICEF. (2018). *www.paho.org*. Obtenido de [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1119:opsoms-y-unicef-](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=1119:opsoms-y-unicef-)
- OPS/OMS Y UNICEF. (2018). *www.paho.org*. Obtenido de [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1119:opsoms-y-unicef-certifican-a-hospitales-como-amigos-de-lactancia-materna&Itemid=441](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=1119:opsoms-y-unicef-certifican-a-hospitales-como-amigos-de-lactancia-materna&Itemid=441)
- Ortega, M. (2015). *scielo.org.mx/scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912015000200011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000200011)

- Ortiz, F., Cárdenas, V. y Flores Peña. (2016). *http://scielo.isciii.es/*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200009)
- Padró, A. ((2013-2019)). *http://albalactanciamaterna.org/*. Obtenido de <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-5-situaciones-especiales/lactancia-materna-labio-leporino-y-fisura-palatina/>
- Paredes, E., Trujillo, L., Chavez, M., Romro, A., Leon, D, Y Muñoz Cortez, G. (2017). *medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184c.pdf*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184c.pdf>
- Paredes, E., Trujillo, L., Chávez, M., Romero, A., León, D. Y Muñoz-Cortés G. (2018). *http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/*. Obtenido de [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/443/908](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/443/908)
- Rivera, D. (2008). *http://glifos.unis.edu.gt/*. Obtenido de <http://glifos.unis.edu.gt/digital/tesis/2008/23083.pdf>
- Rodríguez, L; Mancillas, T. Y Barraza Castillo. (2017). *www.researchgate.net*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/334772967\\_The\\_impact\\_of\\_collective\\_knowledge\\_in\\_the\\_decision\\_making\\_process\\_of\\_buying\\_video\\_games\\_as\\_digital\\_technology\\_in\\_current\\_generations\\_An\\_Inquiry\\_in\\_students\\_of\\_the\\_UACJ](https://www.researchgate.net/publication/334772967_The_impact_of_collective_knowledge_in_the_decision_making_process_of_buying_video_games_as_digital_technology_in_current_generations_An_Inquiry_in_students_of_the_UACJ)
- Rovati, L. (2012). *www.bebesymas.com*. Obtenido de <https://www.bebesymas.com/lactancia/todo-lo-que-debes-saber-para-tener-una-lactancia-materna-feliz>
- salud., V. y. (2019). *www.vidaysalud.com*. Obtenido de <https://www.vidaysalud.com/la-importancia-del-apoyo-emocional-durante-el-embarazo/>
- Shellhorn, C., Valdés, V. (1995). *www.doccity.com*. Obtenido de <https://www.doccity.com/es/leche-materna-y-su-comparacion-con-la-leche-de-vaca/4656869/>

- Siurana, A. (2010). *https://scielo.conicyt.cl/s*. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-92732010000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006)
- Tomey, A, Raile Alligood, M., . (2011). *http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/*. Obtenido de <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>
- Torras, E. (2013-2019). *albalactanciamaterna.org*. Obtenido de <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>
- Ucha, F. (2008). *www.emagister.com*. Obtenido de [https://www.emagister.com/uploads\\_courses/Comunidad\\_Emagister\\_65225\\_65225.pdf](https://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_65225_65225.pdf)
- Ventura. (2000-2020). *www.elbebe.com*. Obtenido de <https://www.elbebe.com/lactancia-materna/lactancia-materna-pueden-dar-pecho-madres-diabeticas>
- Ventura. (2019). *www.elbebe.com*. Obtenido de <https://www.elbebe.com/postparto/necesidad-de-apoyo-emocional-en-maternidad>
- Vera, c. (2013). *scielo.org.bo/scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582013000200010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010)
- Vergel, R. (2015). *tauniversity.org/*. Obtenido de [https://tauniversity.org/sites/default/files/informe\\_iv\\_rubiana\\_vergel.pdf](https://tauniversity.org/sites/default/files/informe_iv_rubiana_vergel.pdf)
- Volpato. (2016). *://idus.us.es/bitstream/handle/*. Obtenido de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/52298/EL%20DERECHO%20A%20LA%20INTIMIDAD%20Y%20LAS%20NUEVAS%20TECNOLOGIAS%20DE%20INFORMACION.pdf;jsessionid=56>
- WEEK, W. B. (2018). *sld.cu/noticia/2018/08/01/*. Obtenido de <http://www.sld.cu/noticia/2018/08/01/semana-mundial-de-la-lactancia-materna-2018>



Yllescas, C. (2015). *http://recursosbiblio.url.edu.gt/*. Obtenido de  
*http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/15/Yllescas-Carmen.pdf*

## **Anexos**

## Anexo 1 Instrumentos

### UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud  
Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud

Estudio realizado en Servicio de Maternidad del Hospital Distrital Sayaxché.

**Instrucciones:** A continuación, se le presenta una serie de preguntas de opción cerrada sobre el tema, conocimientos que poseen las madres Primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad, del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén. Se le solicita responder de manera clara gracias.

Marque con una "X" la casilla correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

#### Datos generales

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Estado civil:

Soltera  Casada  Unida  Divorciada

3. Grado de Escolaridad:

Primaria  Básico  Diversificado  Universitario

4. ¿Ocupación?

Ama de casa

Estudiante

Maestra

Empleada domestica

Otros

5. ¿Con quién vive?

Esposo

Padres

Suegros

Sola

6. ¿A qué edad fue su primera menstruación?

De 10-11

De 11-12

De 12-13

De 13-14

De 14-15

De 15-16

7. ¿Considera usted que aparte de la leche materna que su hijo consume, es necesario complementar con tomas de agua, de azúcar, anís, arroz o cebadad?

¿SI  Por qué?

---

¿NO  Por qué?

---

8. ¿Sabe usted a los cuantos días pos parto se da la subida de leche?

2 - 3 días

3-4 días

4-5 días

9. ¿Ha recibido usted por parte del personal de salud charlas sobre la lactancia materna exclusiva?

SI

NO

10. ¿Cuenta usted con apoyo familiar durante su proceso de embarazo?

Familia en general

Esposo

Mamá

Papá

Amigos

Ninguno

11. ¿Ha pensado en darle solo pecho al niño o niña?

SI

NO

12. ¿Hasta qué edad considera usted que se le debe dar el pecho exclusivamente a su hijo o hija?

3 meses

6 meses

12 meses

2 años

13. ¿Cuáles son las ventajas o beneficios de dar leche materna exclusiva para el niño o niña, para el papá y la mamá?

Emocionales

Nutricionales

Inmunológicos

Económico

Todos

Ninguno

14. ¿Sabe usted que es el calostro?

SI

NO

15. ¿En qué le ayuda a usted el hecho de brindar lactancia materna exclusiva a su hijo o hija?

Ayuda a recuperar el peso

Evita el desarrollo del Cáncer de mama y cérvico uterino

Aumenta el vínculo afectivo madre e hijo

16. ¿Qué tipo de leche cree que es la mejor para su hijo o hija?

Leche de bote

Leche de Vaca

Leche materna

17. ¿Cuándo se debe iniciar la lactancia materna?

Inmediatamente después del nacimiento

A las 2 horas

Un día después

3 días después

18. ¿Cada cuánto tiempo debe darle el pecho a su hijo o hija?

Cada hora

Cada vez que lo pida

Cada 3 horas

19. ¿Hasta qué edad debe empezar a darle a su hijo o hija alimentos diferentes a la leche materna?

Al mes

Cuando el pida

A los 4 meses

A los 5 meses

A los 6 meses

Al año

20. ¿La primera leche que sale del pecho de la madre debe de darse al niño o niña?

¿SI  Por qué?

---

¿NO  Por qué?

---

21. ¿Considera usted que la formación del pezón durante el embarazo es importante para garantizar al niño o niña una lactancia materna exitosa?

¿SI  Por qué?

---

¿NO  Por qué?

---



## Anexo 2 Solicitud para realizar el estudio en la institución

Sayaxché, Petén 03 de Abril 2019

Para: Dr. Germán Cruz Samayoa.  
Director. Hospital Distrital Sayaxché, Petén.  
Su despacho

Con un cordial saludo me dirigió a usted y al mismo tiempo desearle éxitos en sus labores que a diario realiza.

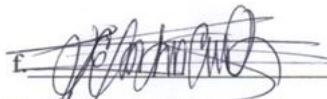
Haciendo de su conocimiento que soy Estudiante de carrera de Licenciatura en Enfermería y gestión de la Salud, de la Universidad Panamericana de Guatemala con sede en el Municipio de Sayaxché Petén.

Como parte de nuestra formación está la elaboración de Tesis, el tema en desarrollo es, conocimientos que poseen las madres Primigestas sobre la lactancia materna exclusiva del servicio de maternidad, del Hospital Distrital de Sayaxché, Petén. Por lo que me dirijo a usted para solicitar se me permita realizar mi proyectó de investigación en servicio de Maternidad del Hospital que usted dirige, en las fechas comprendidas del 3 al 5 de Abril.

Agradeciendo de ante mano su Apoyo, me suscribo de usted,

Atentamente:

Recibido  
3/4/19.-

  
EP. Estelzy Adalí Castellanos Rivera.

Recibido  
03/04/2019  
PASAR A JEFA  
DEPTO. ENFERMERIA  
RITA FIGUEROA  
HOSPITAL DISTRI  
SAYAXCHE